


# Cuestionario o Formulario de Admisión de Queja sobre la Ordenanza de Licencia por Enfermedad con Goce de Sueldo

Gracias por comunicarse con el Municipio de Bloomfield en cuanto a la Ordenanza de Licencia por Enfermedad con Goce de Sueldo (también conocido *como Días Pagados por Enfermedad*). Este formulario nos proporciona información que podemos utilizar para ayudarnos a servirle. Una vez que recibamos su cuestionario completado, la revisaremos y después le contactaremos para obtener más información. Por favor deje la mejor información de contacto. Su identidad permanecerá confidencial y no será compartida con su empleador a menos que sea necesario para resolver la investigación y con su permiso.

Para evitar retrasos en el procesamiento, por favor envíe un solo cuestionario a by visiting  on our Township Website: [www.bloomfieldtwpnj.com](http://www.bloomfieldtwpnj.com) en relación con el mismo asunto.

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ Fecha/s del incidente/s \_\_\_\_\_

Primero Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Medio Inicial \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

¿Qué números de teléfono deberíamos utilizar para ponernos en contacto con usted?

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Con quién podemos contactar si no podemos comunicarnos con usted?

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Necesita interpretación del idioma? \_\_\_\_\_ Si, ¿qué idioma? \_\_\_\_\_

Creo que mi empleador ha violado la Ley de Días Pagados por Enfermedad de Bloomfield:

- no permitir acumular licencia remunerada por enfermedad.
- no permitir que utilice licencia por enfermedad.
- no permitir el arrastre de baja por enfermedad no utilizada.
- no notificarme que tengo derecho a licencia por enfermedad.
- Tomar represalias contra mí por usar mi licencia por enfermedad.

Otro: \_\_\_\_\_

**Información del empleador**

¿Trabaja para un empleador privado en Bloomfield?     Sí     No     Inseguro

Nombre del Negocio \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor(es) o Gerente(s) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Describe brevemente lo que paso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Usted está protegido de represalias bajo la Ordenanza de Licencia por Enfermedad con Goce de Sueldo

Por favor envíe este documento por mail 1 Municipal Plaza, Bloomfield, NJ 07003 Attn: Administrator Office, por correo o fax: 973-680-0134 a la atención de agente de la autoridad.