

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE	STATE OF NEVADA Department of Business and Industry OFFICE OF THE LABOR COMMISSIONER 1818 College Pkwy. Ste. 102 3300 West Sahara Ave. Ste. 225 Carson City, Nevada 89706 Las Vegas, Nevada 89102 (775) 684-1890 (702) 486-2650 QUEJA DE EMPLEO (NO UTILICE ESTE FORMA PARA RECLAMAR SALARIOS NO PAGADOS O LAS COMISIONES)	USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
--------------------------------	---	--------------------------------

INFORMACION DE LA QUEJA	INFORMACION DEL EMPLEADOR
Nombre _____ Primer Nombre Segundo Nombre Apellido	Nombre del Negocio _____
Dirección _____ Número Calle Apt.#	Ubicación _____ Número Calle
_____ Ciudad Estado Código Postal	_____ Ciudad Estado Código postal
Número de Teléfono (_____) _____	Dirección de Correo _____ (si es diferente) Número Calle o po box
Correo Electrónico _____	_____ Ciudad Estado Código postal
Título del trabajo _____	Teléfono de la Empresa (_____) _____
Departamento _____	Correo Electrónico _____
1. ¿ Este empleador actualmente lo emplea? Si No	Propietario /Supervisor Nombre: _____ Primer Nombre Apellido
2. ¿ Usted fue previamente empleado por este empleador? Si No	Tipo de Negocio _____
3. ¿ Está de acuerdo estar presente en conferencias de audiencia previa o administrativa ni audiencias judiciales si es necesario, que presente testimonio y otras pruebas relacionadas con su queja? Si No	Motivo de Queja _____
4. ¿ Tienes o eres consciente de alguna evidencia documental que fundamente su queja? Si No	Es la actividad que se basa su queja: ___ Política de la Empresa ___ Política del Departamento ___ Problema con un Supervisor especial/compañero de trabajo
Si es así, proporcione copias. Si usted no puede proveer copias, explicar donde se encuentra la información.	
5. ¿ Sabe usted de cualquier testigo que pudiera proporcionar información adicional? Si No	
Si es así, por favor proporcione los nombres y la información que nos permitirá entrar en contacto con sus testigos.	
6. ¿ Es usted ahora o han participado en cualquier juicio/s o procesos legales con este empleador? _____ Si No	
Si es así, explíquelo en una hoja adjunta de papel.	
7. ¿ Tienes la capacidad financiera de contratar a un abogado para ayudarle con su queja? Si No	

DECLARACIÓN DE QUEJA (Proporcione una breve descripción de la práctica de empleo que es la razón de su queja, Ser completa en cuanto a la política de lo que es, cómo se comunica a los empleados, cuando produjo el incidente o incidentes o sea permanente y así sucesivamente. Usar páginas adicionales si es necesario.)

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA QUEJA ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y CREENCIA. (NO NECESARIO PARA LAS DENUNCIAS ANÓNIMAS O CAMPO DE FIRMA)

Firmado _____

Fecha _____

Una vez completado, envíe por correo electrónico los formularios completados junto con cualquier evidencia de respaldo a: ESP_WCGC@labor.nv.gov . Alguien de nuestra oficina se comunicará con usted en 72 horas.



USO DEL OFICIAN SOLAMENTE

COMPLAINT TAKEN BY: _____

VERIFIED COMPLAINT ANONYMOUS COMPLAINT TELEPHONE/FIELD COMPLAINT

INVESTIGATOR, IF ASSIGNED _____

ALLEGED VIOLATION(S): _____ STATUTE: NRS _____

_____ STATUTE: NRS _____

_____ STATUTE: NRS _____

_____ STATUTE: NRS _____

HAS THIS EMPLOYER BEEN CONTACTED CONCERNING THE SAME OR SIMILAR VIOLATIONS IN THE PAST? YES NO UNKNOWN

DISPOSITION _____