

Instrucciones: por favor revise y llene todas las páginas de este formulario; firme y ponga la fecha al final del formulario y envíe el completado formulario a:

**Bureau of Labor Law Compliance
651 Boas Street, Room 1301
Harrisburg, PA 17121
Telephone: (800) 932-0665 Fax: (717) 787-0517**

Por favor use letra de imprenta:

SU INFORMACIÓN

Nombre de la persona presentando la queja: _____

Dirección: _____
y calle (núm. de apt) ciudad estado código postal

Número de teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____
(incluya el código de área)

E-mail: _____

Ocupación y cargo o posición: _____

INFORMACIÓN DEL NEGOCIO

Nombre de la empresa de la que se está quejando: _____
(un negocio puede comprender una corporación, sociedad, o de un sólo propietario o persona)

Dirección: _____
y calle (núm. de apt) ciudad estado código postal

Número de teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____
(incluya el código de área)

¿Qué tipo de trabajos de construcción hace la empresa? _____

Nombre del dueño del negocio: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEO

En relación con las preguntas de abajo, usted puede añadir información adicional en páginas por separado y así también documentos que pudieran ser pertinentes.

Provea la información siguiente correspondiente a cada **trabajador** que usted crea que la empresa haya malclasificado, inclúyase a usted mismo si es pertinente:

	Nombre	Tipo de trabajo hecho	Nombre del sitio del trabajo y su ubicación
Usted			
Otro			

Provea la siguiente información sobre cada **sitio de trabajo** donde usted cree que la empresa malclasificó a los trabajadores:

Nombre del sitio del trabajo y su ubicación	Proyecto	Fechas en que el trabajo fue hecho	Supervisor del sitio del trabajo	Nombre del contratista general

¿Qué fue lo que le hizo creer que esta empresa malclasificaba a sus empleados como si fueran contratistas independientes? _____

Además del supervisor en el sitio del trabajo, ¿tenía el negocio a alguien más dándoles instrucciones u órdenes a los trabajadores? Si así fue, por favor identifique a esas personas y los correspondientes sitios de trabajo. _____

¿Le dio la empresa herramientas, equipos y otros suministros a los trabajadores para que llevaran a cabo su trabajo? Si así fue, ¿qué herramientas, equipos y suministros fueron proveídos por la compañía? _____

¿Qué herramientas, si hubo algunas, fueron proveídas por los trabajadores?

¿Tenían algunos de los trabajadores su negocio propio? Si así fue, por favor dé detalles más la ubicación del negocio _____

¿Tenían algunos de los trabajadores su propio seguro de responsabilidad (liability)? Si así fue, ¿cuándo estuvo en efecto? (Si la tiene por favor provea una copia de la página de declaraciones de este seguro) _____

¿Cómo se les pagaba a los trabajadores? (Marque todos los que sean concernientes y dé detalles sobre los mismos)

- Por obra o trabajo _____
- Por hora _____
- Por día _____
- A destajo _____
- De otra manera _____

¿Quién le pagaba a los trabajadores? _____

¿Tiene usted récords de ingresos (tales como recibos de pagos, W-2 o formularios 1099) concernientes a estos trabajadores? _____

¿Tenían algunos de los trabajadores un convenio por escrito para llevar a cabo trabajos en esos sitios laborales? (Por favor presente una copia del convenio si la tiene)

Yo afirmo que los hechos presentados en esta queja son verídicos y exactos de acuerdo a mis conocimientos, información y creencia. Firmo esta queja que está sujeta, legalmente, a las provisiones del 18 Pa.C.S. § 4904 (en relación con testimonios falsos —no jurados— dados a las autoridades).

Firma _____ Fecha _____

*Ofrecemos asistencia y servicios adicionales a las personas discapacitadas que los soliciten.
Empleador/programa de Igualdad de Oportunidad.*