

Cuestionario de admisión para la Ordenanza sobre los derechos por Días de enfermedad

Gracias por contactar a la División de Salud de la Ciudad de Plainfield en lo que se refiere a la Ordenanza sobre los derechos por días de enfermedad (también conocido como los días de enfermedad merecidos). Este formulario nos proporciona información que podemos utilizar para ayudarnos a servirle. Una vez que recibamos su cuestionario completo lo revisaremos y luego nos ponemos en contacto con usted para obtener más información, por favor deje la información de contacto más eficiente. Su identidad se mantendrá confidencial y no será compartida con su empleador a menos que sea necesario para resolver la investigación y con su autorización.

Para evitar demoras en el proceso, Por favor envíe un solo cuestionario a la División de Salud (ya sea por correo, la red cibernético, por fax, o en persona) en referencia con el mismo asunto.

La fecha de hoy: _____ Fecha del incidente: _____

Primer nombre: _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

¿Qué números de teléfono deberíamos usar para comunicarnos con usted? (Por favor confirme su número preferido.)

Domicilio _____ Trabajo _____ Celular _____

Dirección de correo electrónico _____

A quien podemos contactar si no podemos comunicarnos con usted? _____

Teléfono durante el día: _____ Parentesco: _____

¿Necesita interprete? _____

Creo que mi empleador ha violado la Ordenanza sobre los derechos de días de enfermedad de pago por:

- No me permite acumular días de enfermedad.
- No me permite utilizar mis días de enfermedad.
- No me permite **(llevar o continuar)** mi días de enfermedad no utilizados.
- No me notifica que tengo derecho a días por enfermedad.
- Toma Represalias en mi contra por usar mis días por enfermedad.
- Otras razones. _____