



LABOR RELATIONS DIVISION

401 Broadway Blvd NE  
Albuquerque, NM 87102  
Phone: 505-841-4400  
Fax: 505-841-4424

226 South Alameda Blvd  
Las Cruces, NM 88005  
Phone: 575-524-6195  
Fax: 575-524-6194

WWW.DWS.STATE.NM.US

**SÓLO PARA USO OFICIAL**

CASE # \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE DENUNCIA DE LA LEY DE LUGARES DE TRABAJO SALUDABLES**

**INSTRUCTIONS:**

Este formulario es para las denuncias que alegan violaciones de los requerimientos de ausencia por enfermedad acumulada bajo a Ley de Lugares de Trabajo Saludables de Nuevo México. (Para presentar un reclamo de ingresos no pagados bajo la Ley de Salario Mínimo o la Ley de Pago de Salario, por favor complete un Formulario de Reclamo de Salario, que se encuentra en <https://www.dws.state.nm.us/Wage-and-Hour> o llamando al (505) 841-4400.)

Si necesita ayuda en llenar este formulario o si necesita servicios de traducción, comuníquese con la División de Relaciones Laborales al (505) 841-4400, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Es su responsabilidad notificarnos inmediatamente si alguna de su información de contacto cambia. El no hacerlo puede resultar en un retraso o despido de su caso.

1. Razón de presentar la denuncia (marque todas las que correspondan):

\_\_\_ Tomé \_\_\_ (#) horas de ausencia por enfermedad por una razón válida pero no me pagaron.

\_\_\_ Tomé \_\_\_ (#) horas de ausencia por enfermedad por una razón válida pero no me pagaron.

\_\_\_ Solicité \_\_\_ (#) horas de ausencia por enfermedad pero me las negaron.

\_\_\_ Mi empleador impuso condiciones ilegales sobre el uso de ausencia por enfermedad (describa a continuación).

\_\_\_ Mi empleador tomó represalias en mi contra por problemas de ausencia por enfermedad (describa a continuación).

\_\_\_ No se me permite acumular ausencia por enfermedad.

\_\_\_ Mi acumulación de ausencia por enfermedad no es correcta o es menos de lo que debe ser. Creo que debería haber acumulado \_\_\_ (#) horas de ausencia por enfermedad, pero mi empleado afirma que acumulé \_\_\_ (#) horas.

\_\_\_ Mi empleador me obligó a encontrar un trabajador de reemplazo como condición para tomar la ausencia por enfermedad.

\_\_\_ Divulgación ilegal de información relacionada a la ausencia por enfermedad.

\_\_\_ Mi empleador requirió papeleo innecesario para la ausencia por enfermedad usada.

\_\_\_ Mi empleador no me notificó sobre mis derechos bajo la Ley de Lugares de Trabajo Saludables.

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

2. **Nombre de Reclamante:** \_\_\_\_\_

3. Domicilio (número y calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

5. Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ 6. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

7. Prefiero ser contactado por \_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_ Correo 8. Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

9. **Nombre de Compañía** (empleador): \_\_\_\_\_

10. Domicilio de Compañía (número y calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

11. Nombre de Supervisor: \_\_\_\_\_ 12. Número de teléfono de Compañía: \_\_\_\_\_

13. Ciudad/Condado donde se realizó el trabajo: \_\_\_\_\_

14. Su puesto o título de trabajo: \_\_\_\_\_ 15. Fecha de contratación: \_\_\_\_\_

16. \_\_\_ Aún trabajo para este empleador @ \_\_\_ Fui separado del empleador el \_\_\_\_\_ (fecha).

17. Horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_ (Si las horas variaban o cambiaron con el tiempo, explique en la siguiente página.)

18. Tarifa de pago: \$ \_\_\_\_\_ por hora, día, semana, u otro \_\_\_\_\_ (circule uno)

19. Fechas aproximadas en que ocurrieron las alegaciones anteriores: \_\_\_\_\_

20. ¿Tomó ausencia por dos (2) o más días seguidos (consecutivos)? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si sí, ¿cuántos días seguidos estuvo en ausencia por enfermedad y cuáles fueron las fechas?

\_\_\_\_\_

21. ¿Ha utilizado ausencia por enfermedad acumulada con este empleador en el último año?

\_\_\_ Sí, \_\_\_\_\_ (#) horas \_\_\_ No

22. ¿Tiene talones de cheque u otros registros pertinentes a su denuncia?  Sí  No

(Si sí, por favor adjúntelos a este formulario.)

23. ¿Ha hablado con supervisores, gerentes, compañeros de trabajo o representantes de Recursos Humanos sobre los problemas de ausencia por enfermedad?:  Sí  No (Si sí, por favor proporcione sus nombres e información de contacto a continuación.)

24. ¿Hay otras personas que saben de los problemas de ausencia por enfermedad que podamos contactar?  Sí  No (Si sí, por favor proporcione su información de contacto a continuación.)

25. ¿Su empleador tiene una política escrita de ausencia por enfermedad o tiempo libre pagado (PTO en inglés)?  Sí  No  No sé

Si sí, ¿tiene una copia?  Sí  No

26. ¿Hay un acuerdo de unión que hable sobre la ausencia por enfermedad o tiempo libre pagado (PTO)?  Sí  No  No sé

**DETALLES DE DENUNCIA e INFORMACIÓN ADICIONAL SOLICITADA ANTERIORMENTE:**

Al firmar este formulario, certifico que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que la División de Relaciones Laborales revelará mi identidad a la Compañía como parte de la investigación.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Envíe este formulario por correo, fax, correo electrónico ([Sickleave.admin@state.nm.us](mailto:Sickleave.admin@state.nm.us)), en persona en cualquier Centro de Conexión de Fuerza Laboral de Nuevo México o una de las oficinas de la División de Relaciones Laborales enumeradas anteriormente en este formulario. Para encontrar una oficina cerca de usted visite <https://www.dws.state.nm.us/Office-Locations>.