

EMPLOYMENT COMPLAINT FORM

DOCUMENTO PARA UNA QUEJA DE EMPLEO

Enviar a:

KENTUCKY LABOR CABINET
DIVISION OF WAGES AND HOURS
500 MERO ST, 3RD FLOOR
FRANKFORT KY 40601-4220

Telephone: 502-564-3070 ~ Fax: 502-696-1897

www.labor.ky.gov

Información Personal

Nombre Completo:	Sueldo Actual por hora ó sueldo total:
Dirección del hogar:	Cantidad que se le debe:
Ciudad, Estado y Código Postal:	Correo electrónico:
Número de Seguro social:	Número de celular:
Teléfono del hogar:	

Describe el tipo de queja: (si necesita más espacio para describir su queja, añada otra hoja por separado)

Firmando abajo y al marcar una de las dos cajas usted:

Si autoriza al Gabinete de trabajo en Kentucky para que se use su nombre durante esta investigación.

No autoriza al Gabinete de trabajo en Kentucky para que use su nombre durante esta investigación.

Fecha: _____ Firma: _____

Información del empleador

Nombre de la compañía:		
Nombre del representante de la compañía:	Título: (dueño, gerente, etc)	
Dirección de la compañía en Kentucky:		
Teléfono de la compañía:		
Ciudad:	Condado:	Código postal:

Si la dirección de la oficina está fuera del estado, escríbalo aquí:

Periodo de empleo Desde: _____ Hasta: _____

Nombre de su puesto y describa el trabajo desempeñado:

DO NOT WRITE IN THE SECTION BELOW/NO ESCRIBA DESPUES DE ESTAS LINEAS:

Case Number:
Assigned to:
Date Assigned:
Type of Compliant:
Assigned by:

DO NOT WRITE ON THE BACK OF THIS FORM - ATTACH ADDITIONAL SHEETS IF NEEDED/
ADHIERALE MAS HOJAS SI NECESITA MAS ESPACIO, POR FAVOR NO ESCRIBA DETRAS DE ESTA
HOJA.