

Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277

Llame al: 1-866-324-3310 o 390-902-9155

Correo electrónico:
CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov

Debe presentar su reclamo en un plazo de 90 días de la presunta transgresión.

Case Number (Dept. Use Only)

Sus derechos son:

- RCW 51.48.025** Prohibido cualquier tipo de represalia por parte del empleador — investigación — recursos
- 1) Ningún empleador podrá despedir o discriminar de ninguna forma a ningún empleado por haber presentado o comunicado la intención de presentar una solicitud de indemnización o ejercer algún derecho estipulado en este título. Sin embargo, nada en esta sección impedirá al empleador tomar alguna acción en contra de un trabajador por otras razones, entre las cuales se encuentran: la inobservancia por parte del trabajador de las normas de salud o seguridad adoptadas por el empleador o la frecuencia o naturaleza de los accidentes laborales del trabajador.
 - 2) Cualquier empleado que considere que haya sido despedido o discriminado de alguna forma por un empleador, en contravención de esta sección, podrá presentar un reclamo ante el director por presunta discriminación en un plazo de **noventa días de la supuesta transgresión**. Al momento de recibir el reclamo, el director ordenará una investigación, como lo estime conveniente. En un plazo de noventa días contados a partir de la fecha de la recepción del reclamo que se presente de conformidad con esta sección, el director notificará su resolución al denunciante. Si se concluye a raíz de la investigación que se ha infringido la presente sección, el director entablará una demanda en el juzgado superior del condado donde tuvo lugar la supuesta transgresión.
 - 3) Si el director determina que no se ha infringido la presente sección, el empleado podrá entablar la acción judicial en su nombre.

En cualquier demanda que se interponga a tenor de esta sección, el juzgado superior tendrá jurisdicción, con justificación o motivo suficiente, para restringir las transgresiones de la subsección (1) de la presente sección y para ordenar toda la reparación a que haya lugar, lo cual incluye el reintegro del empleado junto con el pago de los salarios caídos.

Información acerca del denunciante

Nombre completo del demandante (su nombre)		Fecha de nacimiento	Fecha del reclamo
Domicilio actual		Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono residencial	Número de teléfono celular	Número de reclamo por la lesión	Fecha de la lesión
¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En qué idioma prefiere comunicarse con el Departamento de Trabajo e Industrias?		
¿Cuál es su método de comunicación de preferencia? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico		Dirección actual de correo electrónico	

Información acerca del empleador

Nombre de la empresa			
Domicilio social		Ciudad	Estado Código postal
Nombre del supervisor		Número de teléfono del supervisor	
Su cargo		¿Por cuánto tiempo trabajó con el empleador?	
¿Todavía está empleado por el empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Usted fue despedido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Fecha en la que trabajó por última vez:	Fecha en la que trabajó por última vez:
-----------------------------------------	-----------------------------------------

Información acerca del apoderado

¿Tiene algún abogado que lo represente con este reclamo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del apoderado		Número de teléfono del apoderado	
Dirección del apoderado	Ciudad	Estado	Código postal

Información sobre la lesión y la discriminación

¿Notificó al empleador que sufrió una lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y cargo de la persona a quien le notificó la lesión
¿Tiene aprobación para trabajar en este momento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Servicio total <input type="checkbox"/> Servicio ligero <input type="checkbox"/> No	¿Está actualmente en servicio ligero o con restricciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha en la que se reincorporó al trabajo	Fecha de aprobación anticipada para trabajar
Fecha del presunto acto de discriminación	
Medida tomada por el empleador	

¿Por qué cree usted que el empleador tomó esta medida? Si necesita más espacio, adjunte páginas.

Enumere los nombres, direcciones y números telefónicos de los testigos del presunto acto de discriminación.

¿Ha entablado el reclamo ante algún otro organismo?
 Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique cuáles organismos ha contactado.

Declaro, so pena por perjurio, que la información aquí suministrada es fidedigna a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de imprenta	Firma	Fecha
-----------------------------	-------	-------

Envíe los formularios completados a: Department of Labor and Industries
Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277

O envíe por correo electrónico a: CSIIDComplaints@Lni.wa.gov