

Formulario de reclamación sobre seguridad, salud y derechos esenciales

Puede enviar este formulario a la dirección arriba indicada o enviarlo por correo electrónico a SHER@labor.ny.gov.

Utilice este formulario para presentar una reclamación relativa a cualquiera de los siguientes ámbitos:

- El artículo 21-A de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York exige a los empleadores de almacenes y centros de distribución (de un determinado tamaño y dentro de ciertos códigos del NAICS) que proporcionen datos sobre la velocidad de trabajo a los empleados, informarles si están sujetos a una cuota de trabajo y facilitarles otra información relacionada. También exige que el empleador establezca y aplique un "programa de reducción de lesiones".
- El artículo 27-c de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York exige a los empleadores públicos (p. ej., Estado, Ciudad, Pueblo, Condado) que adopten un plan de operaciones, protección de los empleados en caso de una emergencia de salud pública declarada que implique una enfermedad transmisible u otro evento natural o provocado por el hombre que interrumpa los procedimientos normales de funcionamiento y retrase los servicios que deben prestarse al público. Las entidades federales y las escuelas no son empleadores cubiertos.
- El artículo 27-d de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York exige a los empleadores del sector privado que permitan a los empleados crear un comité de seguridad en el lugar de trabajo.
- El artículo 27-e de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York exige a los empleadores de comercios minoristas (comercios que venden productos de consumo al por menor y que NO se dedican principalmente a la venta de alimentos para su consumo en el establecimiento) con 10 o más trabajadores que adopten o desarrollen una política de prevención de la violencia en el lugar de trabajo, la faciliten a los empleados y capaciten a los trabajadores en la prevención de la violencia en el lugar de trabajo.
- El artículo 218-b de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York, el requisito de la Ley del Plan de Prevención de Exposición a Enfermedades Infecciosas Transmitidas por el Aire, protege a los empleados del sector privado contra la exposición y la enfermedad durante un futuro brote de enfermedades infecciosas transmitidas por el aire al exigir que se desarrolle y adopte un Plan de prevención de exposición a enfermedades infecciosas transmitidas por el aire (AIDEPP).

Presento una reclamación porque:

Trabajo en un centro de distribución de almacenes incluido en uno de los siguientes códigos del NAICS: 493 (excepto 493130 - Almacenamiento y depósito de productos agrícolas), 423, 424, 454110 o 492110 y mi empleador tiene 100 empleados en una sola ubicación o 1,000 empleados en almacenes dentro del Estado de Nueva York.

Mi empleador no dispone de un "programa de reducción de lesiones" para identificar y minimizar los riesgos de lesiones y trastornos musculoesqueléticos entre los trabajadores que realizan "tareas manuales de manipulación de materiales."

Estoy sujeto a una cuota y mi empleador no me lo comunicó por escrito.

Trabajo en el sector público (no para empleados de entidades federales o escuelas públicas) y mi lugar de trabajo no dispone de un plan escrito de operaciones en caso de emergencia de salud pública declarada.

Trabajo en el sector privado (no gubernamental) y mi empleador no permite que se forme un comité de seguridad en el lugar de trabajo o que se reúna para debatir cuestiones de seguridad en el lugar de trabajo.

Trabajo para un comercio minorista (un comercio que vende productos de consumo al por menor y que no se dedica principalmente a la venta de alimentos para su consumo en el establecimiento) y mi empleador no tiene una política de prevención de la violencia en el lugar de trabajo, no se me ha proporcionado la política o no he recibido capacitación sobre la prevención de la violencia en el lugar de trabajo.

Trabajo en el sector privado (no para empleados de entidades federales o escuelas públicas) y mi lugar de trabajo no dispone de controles para protegerme de la exposición a enfermedades infecciosas transmitidas por el aire.

En el caso de todas las reclamaciones, responda a las preguntas 1 - 45, en las Partes 1 - 5. En cuanto a las reclamaciones relativas a lo siguiente:

- Plan de prevención de exposición a enfermedades infecciosas transmitidas por el aire, responda a las preguntas 46-50 (Parte 6).
- Comité de Seguridad en el Lugar de Trabajo, responda a las preguntas 51-58 (Parte 7).
- Planes de Preparación ante Emergencias para Empleadores Públicos, responda a las preguntas 59-62 (Parte 8).
- Seguridad de los trabajadores del comercio minorista, responda a las preguntas 63-67 (Parte 9).
- Programa de protección de los trabajadores de almacén y reducción de lesiones, responda a las preguntas 68-84 (Parte 10).

Parte 1 - Información de contacto del reclamante. Esta sección debe completarse para todos los tipos de reclamaciones.

1. Nombre: _____
2. Segundo nombre: _____
3. Apellido(s): _____
4. Apodo en el trabajo: _____
5. Dirección postal:
 - a. Número: _____
 - b. Calle: _____
 - c. Piso/Habitación/Núm. de suite: _____
 - d. Ciudad/Pueblo: _____
 - e. Estado: _____
 - f. Código postal: _____
6. Teléfono (principal): (____) ____ - _____
7. Teléfono (otro): (____) ____ - _____
8. Dirección de correo electrónico: _____
9. Idioma preferido/lengua materna: _____

Parte 2 - Información sobre el defensor (si procede)

10. Nombre legal: _____
11. Título: _____
12. Organización: _____
13. Dirección:
 - a. Número: _____
 - b. Calle: _____
 - c. Piso/Habitación/Núm. de suite: _____
 - d. Ciudad/Pueblo: _____
 - e. Condado: _____
 - f. Estado: _____

g. Código postal: _____

14. Teléfono: (____) ____ - _____

15. Dirección de correo electrónico: _____

Parte 3 - Información sobre el empleador. Esta sección debe completarse para todos los tipos de reclamaciones.

16. Nombre comercial: _____

17. Número de empleados: _____

18. Nombre legal (si es diferente): _____

19. Tipo de persona jurídica (si se conoce):

Particular

Compañía de responsabilidad limitada (LLC)

Sociedad

Corporación

Entidad gubernamental

Otra

20. Dirección postal:

a. Número: _____

b. Calle: _____

c. Piso/Habitación/Núm. de suite: _____

d. Ciudad/Pueblo: _____

e. Condado: _____

f. Estado: _____

g. Código postal: _____

21. Teléfono comercial: (____) ____ - _____

22. Correo electrónico profesional: _____

23. Nombre y cargo del propietario: _____

24. Dirección postal del propietario:

a. Número: _____

b. Calle: _____

c. Núm. de depto.: _____

d. Ciudad/Pueblo: _____

e. Condado: _____

f. Estado: _____

g. Código postal: _____

25. Teléfono del propietario: (____) ____ - _____

26. Correo electrónico del propietario: _____

Parte 4 - Información sobre el empleo. Esta sección debe completarse para todos los tipos de reclamaciones.

27. Puesto de trabajo: _____

28. Tipo de trabajo que ha realizado:

29. Fecha de contratación: ____ / ____ / ____

30. Nombre y cargo de la persona que le contrató: _____

31. Nombre de su gerente/supervisor/encargado: _____

32. Nombre del representante de RR. HH./Nómina: _____

33. Dirección del centro de trabajo:

a. Número: _____

b. Calle: _____

c. Núm. de depto.: _____

d. Ciudad/Pueblo: _____

e. Condado: _____

f. Estado: _____

g. Código postal: _____

34. ¿Viajaba regularmente fuera del Estado de Nueva York por motivos de trabajo? Sí No

35. Relación actual con la empresa:

Aún empleado

Despedido

Renunció

Despedido temporalmente

Despedido por recorte

36. Último día trabajado (*si procede): ____ / ____ / ____

37. ¿Estuvo afiliado a un sindicato? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre del sindicato y núm. local:

Parte 5 - Información salarial. Esta sección debe completarse para todos los tipos de reclamaciones.

38. Su tarifa salarial: \$ _____
por Día Semana Hora Otra

39. Su tarifa salarial por horas extras: _____

40. ¿Ganaba propinas regularmente?: Sí No

41. En caso afirmativo, ¿cuánto recibía por hora en promedio?: _____

42. Indique cuál es/era su día de pago:

Lunes Martes Miércoles

Jueves Viernes Sábado Domingo

43. ¿Qué periodo cubría? (por ejemplo, de sábado a viernes) _____

44. ¿Con qué frecuencia le pagan o le pagaban?

Diario

- Semanal
- Cada dos semanas
- Otra

45. ¿Cómo le pagan o le pagaban el salario?

- Efectivo
- Cheque
- Depósito directo
- Tarjeta de pago
- Combinación

Complete su horario de trabajo habitual

Día de trabajo	Hora de inicio de la jornada laboral	Hora de finalización de la jornada laboral	Tiempo libre para comidas	Total de horas
Ejemplo	10:00 AM	11:00 PM	30 minutos	12.5 horas
Domingo				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
			Total de horas semanales:	

Si le han despedido, ¿le han vuelto a contratar en otro sitio? ¿Cuándo?

Si le han despedido, ¿está interesado en solicitar la reincorporación?

Parte 6 - Inquietudes relacionadas con el Plan de prevención de exposición a enfermedades infecciosas transmitidas por el aire (AIDEPP)

Responda a las preguntas 46-50 si su reclamación se refiere a la falta de un plan de enfermedades infecciosas transmitidas por el aire en su lugar de trabajo o al incumplimiento de dicho plan.

46. ¿Dispone su empleador de un Plan de prevención de exposición a enfermedades infecciosas transmitidas por el aire?

- Sí
- No

47. ¿Está el plan disponible para que lo revisen los empleados?

- Sí
- No

48. ¿Le parece que el plan es adecuado y apropiado?

- Sí
- No

49. ¿Cómo se informa a los empleados del plan?

50. Describa con detalles su reclamación y añada cualquier información pertinente.

[Hay espacio adicional en la página 9 si es necesario].

Parte 7 - Comité de Seguridad en el Lugar de Trabajo (WPSC, por sus siglas en inglés)

Responda a las preguntas 51-58 si su reclamación se refiere a que su empleador no permite la existencia de un comité de seguridad en el lugar de trabajo o a que el comité existente no cumple las normas.

51. ¿Hubo algún intento de crear un WPSC por parte de los empleados?

Sí No

52. ¿Han presentado al empleador (o a su representante) una solicitud por escrito al menos 2 empleados no supervisores? (Se le pedirá que facilite una copia)

Sí No

53. ¿Cuándo se presentó y a quién? (nombre, número de teléfono y cargo)

54. ¿Respondió o acusó recibo de la solicitud su empleador? (con una rapidez razonable)

55. En caso afirmativo, ¿cuándo respondió y cómo? ¿Qué dijo? ¿La respuesta fue por escrito?
(se le pedirá una copia)

56. Si el empleador acusó recibo de la solicitud, ¿avisó a todos los empleados de la constitución del comité?
(en los 5 días siguientes a la solicitud) Sí No

57. ¿Interfirió el empleador en la selección de los empleados no supervisores para el comité de seguridad?
Sí No

58. Describa con detalles su reclamación y añada cualquier información pertinente.

[Hay espacio adicional en la página 9 si es necesario].

Parte 8 - Ley de Preparación para Emergencias (EPL, por sus siglas en inglés) (empleo en el sector público)

Responda a las preguntas 59-62 si es usted un empleado público (los empleados federales y escolares están exentos) y su reclamación se refiere a la falta de un plan de continuidad de las operaciones en su lugar de trabajo o a la ausencia de dicho plan.

59. ¿Dispone su empleador público de un plan para continuar operando durante una crisis de salud pública u otra emergencia (natural o provocada por el hombre)? Sí No
60. ¿Incluye el plan medidas de protección para los empleados, como la provisión de equipo de protección personal, turnos escalonados, opciones de teletrabajo y, si es posible, más horarios de limpieza de las zonas comunes? Sí No
61. ¿Está el plan disponible para que lo revisen los empleados? Sí No
62. Describa con detalles su reclamación y añada cualquier información pertinente.
[Hay espacio adicional en la página 9 si es necesario].

Parte 9 - Seguridad de los trabajadores del comercio minorista

Responda a las preguntas 63-67 si trabaja para un comercio minorista (un comercio que vende productos de consumo al por menor y que NO se dedica principalmente a la venta de alimentos para su consumo en el establecimiento) y su empleador no cuenta con una política de prevención de la violencia en el lugar de trabajo, no le han proporcionado la política o no ha recibido capacitación sobre la prevención de la violencia en el lugar de trabajo.

63. ¿Ha adoptado o desarrollado su empleador una política de prevención de la violencia en el lugar de trabajo? Sí No
64. En caso afirmativo, ¿se facilitó la política por escrito a los empleados? Sí No
65. ¿Se le ha exigido que asista a una formación sobre prevención de la violencia en el lugar de trabajo en su lugar de trabajo específico y para su(s) función(es) laboral(es) específica(s)? Sí No
66. ¿Dispone su empleador de un sistema o método de denuncia para que los empleados le informen de incidentes o inquietudes en relación con la violencia en el lugar de trabajo? Sí No
67. Describa con detalles su reclamación y añada cualquier información pertinente.
[Hay espacio adicional en la página 9 si es necesario].

Parte 10a - Protección de los trabajadores de almacén

Responda a las preguntas 68-80 y 84 si trabaja o trabajó en un almacén o centro de distribución (que emplea a más de 100 empleados en una ubicación en el Estado de Nueva York o más de 1000 empleados en todo el estado) y tiene una inquietud o reclamación relacionada con el "programa de reducción de lesiones" de su empleador, o la falta del mismo.

68. ¿Su trabajo implica la realización de tareas manuales de manipulación de materiales, como transportar, levantar, bajar, empujar, tirar? Sí No

69. ¿Dispone su empleador de un programa de reducción de lesiones? Sí No
70. ¿Le preocupa o tiene algún problema con el programa de reducción de lesiones de su empleador?
 Sí No
 En caso afirmativo, explique.

71. ¿Le han notificado por escrito los resultados de la evaluación del lugar de trabajo del "programa de reducción de lesiones" de su empleador? Sí No
72. ¿Mantiene su empleador copias de las evaluaciones del lugar de trabajo del programa de reducción de lesiones dentro del almacén y pone esas copias a disposición de los empleados? Sí No
73. ¿Ha solicitado usted, o algún representante en su nombre, una copia de una evaluación del lugar de trabajo del programa de reducción de lesiones? Sí No
74. ¿Tiene una copia de las evaluaciones del lugar de trabajo del programa de reducción de lesiones de su empleador? Sí No
75. ¿Cuenta su almacén con un comité de seguridad en el lugar de trabajo dirigido por los empleados?
 Sí No
76. ¿Forma parte de un comité de seguridad en el lugar de trabajo dirigido por los empleados? Sí No
77. ¿Ha recibido formación sobre reducción de lesiones (y se le ha impartido en un idioma y vocabulario que ha entendido)? Sí No
78. ¿Cuándo recibió la formación más recientemente? ____ / ____ / ____
79. ¿Dispone su almacén de un servicio médico o de primeros auxilios en el lugar de trabajo? Sí No
80. ¿Ha recibido tratamiento o atención médica por lesiones sufridas en el desempeño de su trabajo?
 Sí No

Parte 10b - Protección de los trabajadores de almacén

Responda a las preguntas 81-84 si trabaja en un almacén o centro de distribución (que emplea a más de 100 empleados en 1 ubicación en el Estado de Nueva York o a más de 1000 empleados en todo el estado) y estaba sujeto a una cuota y no se le notificó.

81. ¿Le ha impuesto su empleador una cuota de rendimiento laboral? Sí No
82. En caso afirmativo, ¿ha facilitado su empleador la información sobre los criterios de las cuotas por escrito
 Sí No
83. Does meeting the quota cause you to miss your lunch or breaktimes? Sí No
84. Describa con detalles su reclamación y añada cualquier información pertinente
 [Espacio adicional en la página 9 si es necesario].

