



Kathy Hochul, Governor  
Roberta Reardon, Commissioner

## **Formulario de queja sobre seguridad, salud y derechos esenciales**

Puede enviar este formulario a la dirección arriba mencionada o enviarlo por correo electrónico a [Airborne.Infectious.Diseases@labor.ny.gov](mailto:Airborne.Infectious.Diseases@labor.ny.gov)

Utilice este formulario para presentar una queja sobre cualquiera de las siguientes áreas:

- La Sección 218-b de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York, el requisito de la Ley de Plan de Prevención de la Exposición a Enfermedades Infecciosas Transmitidas por el Aire (AIDEPP, por sus siglas en inglés), protege a los empleados del sector privado contra la exposición y las enfermedades durante un futuro brote de enfermedades infecciosas transmitidas por el aire, y exige que se desarrolle y adopte un AIDEPP.
- La Sección 27-D de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York exige que los empleadores del sector privado permitan a los empleados crear un comité de seguridad en el lugar de trabajo.
- La Sección 27-C de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York exige que los empleadores (estado, ciudad, pueblo condado; agencias) adopten un plan para operaciones y protección de los empleados en caso de una emergencia de salud pública declarada que involucre una enfermedad contagiosa u otro evento natural o provocado por el hombre que interrumpa los procedimientos operativos normales y retrase los servicios que deben brindarse al público. (Esto no abarca a las entidades federales y las escuelas (Educación del Estado de Nueva York)).
- Las Secciones 780-788 de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York exigen que los empleadores en almacenes y centros de distribución (de cierto tamaño y dentro de ciertos códigos del Sistema de Clasificación de las Industrias de Norteamérica o NAICS, por sus siglas en inglés) proporcionen datos sobre la velocidad de trabajo a los empleados e informen si están sujetos a una cuota de trabajo y otra información relacionada.
- Puede presentar una queja si su empleador lo ha amenazado, lo ha despedido o ha tomado represalias contra usted por ejercer sus derechos bajo cualquiera de las áreas mencionadas anteriormente.

Su queja permanecerá anónima en la medida de lo posible. No es posible mantener el anonimato en casos de protección y represalias a los trabajadores del almacén.

Quiero presentar una queja porque:

Trabajo en el sector privado (no gubernamental) y mi lugar de trabajo no ha implementado controles para protegerme de la exposición a enfermedades infecciosas transmitidas por el aire.

Trabajo en el sector privado (no gubernamental) y mi empleador no permite que se forme ni se reúna un comité de seguridad en el lugar de trabajo para hablar sobre temas de seguridad en el lugar de trabajo.

Trabajo en el sector público (gobierno estatal o local; sin incluir a empleados de entidades federales o escuelas públicas) y mi lugar de trabajo no tienen un plan operativo por escrito para el caso de que se declare una emergencia de salud pública.

Estoy sujeto a una cuota y mi empleador no me lo informó por escrito. Mi empleador es un centro de almacenaje y distribución que se encuentra en uno de los siguientes códigos del NAICS: 493, 423, 424, 454, 110 o 492, 110 y tiene 100 empleados en una ubicación o 1,000 empleados en almacenes dentro del estado de Nueva York.

Para todas las quejas, responda todas las preguntas de la Parte 1 a la Parte 5 (preguntas 1 a 45).

Para quejas sobre:

- Parte 6: Plan de prevención de exposición a enfermedades infecciosas transmitidas por el aire; responda las preguntas 46 a 50.
- Parte 7: Comité de seguridad en el lugar de trabajo; responda las preguntas 51 a 58.
- Parte 8: Planes de preparación para emergencias para empleadores públicos; responda las preguntas 59 a 62.
- Parte 9: Protección de los trabajadores de almacenes; responda las preguntas 63 a 66.

**Parte 1: Información de contacto del demandante (se debe completar esta sección para todo tipo de quejas)**

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Segundo nombre: \_\_\_\_\_
3. Apellido: \_\_\_\_\_
4. Apodo en el trabajo: \_\_\_\_\_
5. Dirección postal de la casa:
  - a. Número: \_\_\_\_\_
  - b. Calle: \_\_\_\_\_
  - c. N.º de piso/habitación/suite: \_\_\_\_\_
  - d. Ciudad/pueblo: \_\_\_\_\_
  - e. Estado: \_\_\_\_\_
  - f. Código postal: \_\_\_\_\_
6. Teléfono (principal): (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_
7. Teléfono (otro): (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_
8. Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_
9. Idioma preferido/principal: \_\_\_\_\_

**Parte 2: Información del abogado (si corresponde)**

10. Nombre: \_\_\_\_\_
11. Puesto: \_\_\_\_\_
12. Organización: \_\_\_\_\_
13. Dirección:
  - a. Número: \_\_\_\_\_
  - b. Calle: \_\_\_\_\_
  - c. N.º de piso/habitación/suite: \_\_\_\_\_
  - d. Ciudad/pueblo: \_\_\_\_\_
  - e. Condado: \_\_\_\_\_
  - f. Estado: \_\_\_\_\_
  - g. Código postal: \_\_\_\_\_
14. Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_
15. Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Parte 3: Información del empleador (se debe completar esta sección para todo tipo de quejas)**

16. Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

17. Número de empleados: \_\_\_\_\_

18. Nombre legal (si es distinto): \_\_\_\_\_

19. Tipo de entidad legal (si se conoce):

Persona física

LLC

Sociedad

Corporación

Entidad gubernamental

Otro

20. Dirección postal

a. Número: \_\_\_\_\_

b. Calle: \_\_\_\_\_

c. N.º de piso/habitación/suite: \_\_\_\_\_

d. Ciudad/pueblo: \_\_\_\_\_

e. Condado: \_\_\_\_\_

f. Estado: \_\_\_\_\_

g. Código postal: \_\_\_\_\_

21. Teléfono de la empresa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

22. Correo electrónico de la empresa: \_\_\_\_\_

23. Nombre y puesto del propietario: \_\_\_\_\_

24. Dirección postal del propietario:

a. Número: \_\_\_\_\_

b. Calle: \_\_\_\_\_

c. N.º de apartamento: \_\_\_\_\_

d. Ciudad/pueblo: \_\_\_\_\_

e. Condado: \_\_\_\_\_

f. Estado: \_\_\_\_\_

g. Código postal: \_\_\_\_\_

25. Teléfono del propietario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

26. Correo electrónico del propietario: \_\_\_\_\_

**Parte 4: Información de empleo (se debe completar esta sección para todo tipo de quejas)**

27. Puesto: \_\_\_\_\_

28. Tipo de trabajo que desempeñó:

29. Fecha de contratación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

30. Nombre y cargo de la persona que lo contrató: \_\_\_\_\_

31. Nombre de su gerente/supervisor/capataz: \_\_\_\_\_

32. Nombre del representante de Recursos Humanos/Nómina: \_\_\_\_\_

33. Dirección del lugar de trabajo:

a. Número: \_\_\_\_\_

b. Calle: \_\_\_\_\_

c. N.º de apartamento: \_\_\_\_\_

d. Ciudad/pueblo: \_\_\_\_\_

e. Condado: \_\_\_\_\_

f. Estado: \_\_\_\_\_

g. Código postal: \_\_\_\_\_

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

35. Relación actual con la empresa:

Sigue empleado

Lo despidieron

Renunció

Cesado temporalmente

Cesado

36. Último día que trabajó (\*si corresponde): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

37. ¿Era miembro de un sindicato?    Sí    No

Si contestó que sí, indique el nombre y número de local del sindicato. \_\_\_\_\_

**Parte 5: Información de pago (se debe completar esta sección para todo tipo de quejas)**

38. Su sueldo: \$ \_\_\_\_\_

por Día Semana Hora Otro

39. Su sueldo por tiempo extra: \_\_\_\_\_

40. ¿Ganaba propinas con regularidad? Sí No

41. Si contestó que sí, ¿cuánto por hora, en promedio? \_\_\_\_\_

42. ¿Cuál es/era su día de pago?

Lunes Martes Miércoles  
Jueves Viernes Sábado Domingo

43. ¿Qué período cubría? (Por ejemplo, de sábados a viernes) \_\_\_\_\_

44. ¿Con qué frecuencia le pagan/pagaban?

A diario  
Semanal  
Cada dos semanas  
Otro

45. ¿Cómo se pagan/pagaban sus sueldos?

Efectivo  
Cheque  
Depósito directo  
Tarjeta de pago  
Combinación

Complete su horario de trabajo habitual

Día laboral	Hora de inicio de jornada laboral	Hora de fin de jornada laboral	Tiempo libre para comidas	Horas totales
Ejemplo	10:00 AM	11:00 PM	30 Minutes	12.5 hours
Domingo				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
			Total de horas por semana:	

Si lo despidieron, ¿lo han vuelto a contratar en otro lugar? ¿Cuándo?

\_\_\_\_\_

Si lo despidieron, ¿le interesa solicitar su reincorporación?

\_\_\_\_\_

**Parte 6: Preocupaciones sobre el Plan de prevención de exposición a enfermedades infecciosas transmitidas por el aire (AIDEPP)**

Responda las preguntas 46 a 50 si su queja implica una preocupación sobre la falta o el incumplimiento de un Plan de enfermedades infecciosas transmitidas por el aire en su lugar de trabajo.

46. ¿Tiene su empleador un Plan de prevención de exposición a enfermedades infecciosas transmitidas por el aire?    Sí    No

47. ¿El plan está disponible para que los empleados lo revisen?  
      Sí    No

48. ¿Considera que el plan es adecuado y apropiado?  
      Sí    No

49. ¿Cómo se informa a los empleados sobre el plan?

---

50. Describa su denuncia con detalle y aporte cualquier información pertinente.[Si es necesario, use el espacio adicional en la página 8]

**Parte 7: Comité de seguridad en el lugar de trabajo (WPSC, por sus siglas en inglés)**

Responda las preguntas 51 a 58 si su queja se refiere a que su empleador no permite un comité de seguridad en el lugar de trabajo o no cumple con él.

51. ¿El empleador intentó crear un WPSC?  
      Sí    No

52. ¿Al menos 2 empleados que no son supervisores presentaron una solicitud por escrito al empleador (o representante)? (Se le pedirá que proporcione una copia)  
      Sí    No

53. ¿Cuándo fue presentado y ante quién? (Nombre, número de teléfono y cargo)

---

54. ¿Su empleador respondió o reconoció la solicitud? (Con rapidez razonable)

---

55. Si es así, ¿cuándo respondió y cómo? ¿Qué dijo? ¿La respuesta fue por escrito? (Se le pedirá que proporcione una copia)

---

56. Si el empleador reconoció la solicitud, ¿notificó a todos los empleados sobre la formación del comité? (Dentro de los 5 días siguientes a la solicitud)    Sí    No

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

58. Describa su denuncia con detalle y aporte cualquier información pertinente.[Si es necesario, use el espacio adicional en la página 8]

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

Responda las preguntas 59 a 62 si es un empleado público (los empleados federales y escolares están exentos) y su queja se refiere a la falta de un plan de continuidad de operaciones o al incumplimiento del plan de continuidad de operaciones en su lugar de trabajo.

59. ¿Tiene su empleador público un plan para continuar las operaciones durante una crisis de salud pública u otra emergencia (natural o provocada por el hombre)?    Sí    No
60. ¿El plan incluye protecciones para los empleados, como el suministro de equipo de protección personal, turnos escalonados, opciones de teletrabajo y más horarios de limpieza para áreas comunes, si es posible?  
Sí    No
61. ¿El plan está disponible para que los empleados lo revisen?    Sí    No
62. Describa su denuncia con detalle y aporte cualquier información pertinente.[Si es necesario, use el espacio adicional en la página 8]

**Parte 9: Protección de los trabajadores de almacenes**

Responda las preguntas 63 a 66 si trabaja en un almacén o centro de distribución (que emplea a más de 100 empleados en una ubicación en el estado de Nueva York o a más de 1,000 empleados en todo el estado) y estaba sujeto a una cuota y no se le notificó.

63. ¿Su empleador ha impuesto una cuota mínima para su desempeño laboral?    Sí    No
64. Si contestó que sí, ¿su empleador le proporcionó por escrito la información sobre los criterios de la cuota?  
Sí    No
65. ¿Cumplir con la cuota hace que usted pierda el almuerzo o los descansos?    Sí    No
66. Describa su denuncia con detalle y aporte cualquier información pertinente.[Si es necesario, use el espacio adicional en la página 8]

