

Direct any correspondence to/Dirigir toda correspondencia a:  
**LABOR COMMISSIONER, STATE OF CALIFORNIA**



**RETALIATION COMPLAINT**  
**QUEJA DE REPRESALIAS**

**FOR OFFICE USE ONLY**

TAKEN BY	DATE	OFFICE
VIOLATION OF SECTION		NAME OF CODE
ASSIGNED INVESTIGATOR		CASE NUMBER

PLEASE PRINT ALL INFORMATION/FAVOR DE IMPRIMIR TODA INFORMACIÓN

NAME/NOMBRE		HOME TELEPHONE NO. TELÉFONO DE CASA		CURRENT WORK PHONE NO. TELÉFONO DE TRABAJO	
YOUR ADDRESS-NUMBER AND STREET, APARTMENT OR SPACE NUMBER, CITY, ZIP CODE DOMICILIO, NÚMERO DE CALLE, APARTAMENTO, O NÚMERO DE ESPACIO, CIUDAD, ZONA POSTAL					
SEX/SEXO	SOCIAL SECURITY/NO. SEGURO SOCIAL		CALIFORNIA DRIVER LICENSE NO. NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR		DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO
NAME OF BUSINESS/NOMBRE DEL NEGOCIO		EMPLOYER'S NAME/ NOMBRE DEL PATRÓN		<input type="checkbox"/> CORPORATION <input type="checkbox"/> PARTNERSHIP <input type="checkbox"/> SOLE OWNER	<input type="checkbox"/> CORPORACIÓN <input type="checkbox"/> SOCIEDAD <input type="checkbox"/> DUEÑO SOLO
ADDRESS OF BUSINESS-NUMBER AND STREET, CITY, ZIP CODE DIRECCIÓN DEL NEGOCIO, NUMERO, CIUDAD, ZONA POSTAL				TELEPHONE NUMBER/TELÉFONO	
ADDRESS WHERE YOU WORKED IF DIFFERENT THAN ABOVE/DIRECCIÓN DE TRABAJO SI ES DIFERENTE				DATE OF HIRE? FECHA DE EMPLEO	
YOUR DEPARTMENT AND JOB TITLE DEPARTAMENTO Y TÍTULO DE TRABAJO		RATE OF PAY CADENCIA DE PAGO		NUMBER OF HOURS WORKED? ¿PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS? PER DAY/DÍA      PER WEEK/SEMANA	
NAME OF SUPERVISOR/NOMBRE DE SUPERVISOR		TYPE OF BUSINESS/TIPO DE NEGOCIO		ESTIMATED NO. EMPLOYEES ESTIMADO DE NÚMERO DE EMPLEADOS	
WAS YOUR JOB UNION/EL TRABAJO ERA DE UNIÓN?		IF YES, NAME AND ADDRESS OF UNION? SI SÍ, NOMBRE Y DIRECCIÓN DE UNIÓN?		TELEPHONE TELÉFONO	
WERE YOU DISCHARGED? FUE USTED DESPEDIDO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	IF YES-DATE SI SÍ, FECHA	BY WHOM? NAME AND TITLE NOMBRE Y TÍTULO DE LA PERSONA QUE LE NOTIFICÓ?		ARE YOU STILL WORKING FOR THIS EMPLOYER? SIGUE UD. TODAVÍA TRABAJANDO PARA ESTE EMPLEADOR? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
DID YOU NOTIFY YOUR EMPLOYER OF INTENTION TO FILE A CLAIM WITH THE LABOR COMMISSIONER?/NOTIFICÓ AL PATRÓN SU INTENCIÓN DE ARCHIVAR UNA DEMANDA CON EL COMISIONADO DE LABOR? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			IF YES-DATE SI SÍ, FECHA	NAME AND TITLE OF PERSON NOTIFIED? NOMBRE Y TÍTULO DE PERSONA QUE LE NOTIFICÓ?	
DID YOU FILE A SAFETY COMPLAINT? ARCHIVÓ UNA QUEJA DE LA SEGURIDAD? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	IF YES-DATE SI SÍ, FECHA	WITH WHOM-NAME AND ADDRESS? NOMBRE Y TÍTULO DE LA PERSONA QUE NOTIFICÓ?			WHICH OFFICE? CUÁL OFICINA?
DID YOU NOTIFY OSHA? ARCHIVÓ CON OSHA?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	IF YES-DATE SI SÍ-FECHA			
NAME AND TITLE OF PERSON(S) YOU BELIEVE RETALIATED AGAINST YOU? NOMBRE Y TÍTULO DE LA PERSONA QUE CREE QUE TOMÓ REPRESALIAS CONTRA USTED?					
WHAT REMEDY ARE YOU SEEKING THROUGH THIS DIVISION? EL REMEDIO QUE USTED BUSCA POR MEDIO DE ESTA DIVISIÓN?					
HAVE YOU FILED WITH ANY OTHER GROUP OR AGENCY? ARCHIVÓ CON CUALQUIER OTRO GRUPO O AGENCIA?				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHICH OFFICE? SI SÍ, CUÁL OFICINA?
NAME/NOMBRE		ADDRESS/DIRECCIÓN		TELEPHONE/TELÉFONO	
ARE YOU BEING REPRESENTED BY AN ATTORNEY?/ÉSTA USTED REPRESENTADO POR UN ABOGADO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
NAME/NOMBRE		ADDRESS/DIRECCIÓN		TELEPHONE/TELÉFONO	

LIST NAME, JOB TITLES AND TELEPHONE NUMBER (IF POSSIBLE) OF WITNESSES, CO-WORKERS OR THOSE YOU FEEL COULD PROVIDE EVIDENCE IN YOUR SUPPORT TO THE ACTS YOU ARE COMPLAINING ABOUT. USE ADDITIONAL SHEETS  
 NOMBRE, TÍTULOS, Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE PERSONAS QUE PODRÍAN PROPORCIONAR EVIDENCIA EN SU FAVOR DE LOS ACTOS QUE CREE QUE TOMARON REPRESALIAS CONTRA USTED. USE HOJAS ADICIONALES.

[OVER]

**STATE OF CALIFORNIA  
DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS  
DIVISION OF LABOR STANDARDS ENFORCEMENT**

Give a written statement answering each of the questions in the space provided below. After answering these questions, if you wish you may also attach additional sheets to provide a more detailed description of the circumstances of the retaliatory act. Dé una declaración escrita contestando cada una de las preguntas en el espacio proveído abajo. Después de contestar las preguntas, si desea puede añadir hojas adicionales para proveer una descripción más detallada de las circunstancias del acto de represalia.

1. Protected activity (What did you do that caused your employer to retaliate against you?)  
Actividad protegida (¿Qué hizo que causó que su patrón tomara represalias en contra de usted?)

Date of protected activity: \_\_\_\_\_  
La fecha de la actividad protegida: \_\_\_\_\_

2. Employer knowledge (How did your employer know you engaged in a protected activity?)  
Conocimiento del patrón (¿Cómo supo su patrón que usted estaba participando en una actividad protegida?)

Date of employer knowledge: \_\_\_\_\_  
La fecha del conocimiento del empleador: \_\_\_\_\_

3. Adverse action (What did your employer do to you because you engaged in a protected activity?)  
Acción adversa (¿Qué le hizo su patrón por participar en una actividad protegida?)

Date of adverse action: \_\_\_\_\_  
La fecha de la acción adversa: \_\_\_\_\_

I certify under penalty of perjury, under the laws of the State of California, that the foregoing is true and correct  
Yo certifico bajo penalidad de perjurio, bajo las leyes del Estado de California, que ésta es una declaración verdadera al mejor de mi conocimiento y creencia.

**EXECUTED ON, \_\_\_\_\_, AT \_\_\_\_\_ CALIFORNIA**  
**REALIZADO EL, \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_ CALIFORNIA**

**SIGNATURE/FIRMA**

\_\_\_\_\_

IF ADDITIONAL PAGES ARE USED, YOU MUST INITIAL, DATE AND A NUMBER EACH PAGE. SÍ USA PÁGINAS ADICIONALES, DEBE FIRMAR CON SUS INICIALES, FECHA Y NÚMERO DE CADA PÁGINA.