

**PROHIBICIÓN DE SOBRETIEMPO  
EXCESIVO EN LA ATENCIÓN MÉDICA  
FORMULARIO DE QUEJA**

**Instrucciones:** Revise y llene ambas páginas del formulario de queja. El formulario deberá ser firmado y fechado. Si desea añadir información adicional puede hacerlo en una hoja aparte de 8-1/2" x 11" y, si fuera necesario, adjuntar todo documento probatorio. Envíe el completado formulario y documentos adjuntos a:

Department of Labor & Industry  
Bureau of Labor Law Compliance  
651 Boas Street, Room 1301  
Harrisburg, PA 17121-0750  
Teléfono: 800-932-0665  
Fax: 717-787-0517

**Información del cliente** (Letra de imprenta o máquina para toda la información)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle (# de Apt.) Ciudad Estado Código postal

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_  
Con el código de área Con el código de área

Email: \_\_\_\_\_

Ocupación y cargo: \_\_\_\_\_

¿Recibe Ud. atención médica directa o por servicios de clínica?  Sí  No

¿Se le paga por hora?  Sí  No

¿Es Ud. un supervisor?  Sí  No

Brevemente describa su trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Información del empleador** (Letra de imprenta o máquina para toda la información)

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle (# de Apt.) Ciudad Estado Código postal

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
Con el código de área

¿Qué tipo de atención médica provee su empleador? \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor o de quien pidió que Ud. trabajara sobretiempo: \_\_\_\_\_

Si lo tiene, anexo directo a supervisor: ( ) \_\_\_\_\_  
Con el código de área

Provea la fecha y horas que originalmente estaba programado para trabajar; y las horas de sobretiempo que laboró cada vez que tuvo que trabajar un obligatorio sobretiempo. *Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.*

| Turno original |           |     |                | Sobretiempo obligatorio |           |     |                |
|----------------|-----------|-----|----------------|-------------------------|-----------|-----|----------------|
| Fecha          | Principio | Fin | Total de horas | Fecha                   | Principio | Fin | Total de horas |
|                |           |     |                |                         |           |     |                |
|                |           |     |                |                         |           |     |                |

1. ¿Se ofreció voluntariamente para trabajar sobretiempo?  Sí  No  
**Si lo hizo, adjunte información adicional.**
2. ¿Estuvo de acuerdo en estar «on call» (a que se le llame en caso de necesidad)?  Sí  No  
**Si lo estuvo, adjunte información adicional.**
3. a) A la hora en que se pidió el sobretiempo, ¿estaba Ud. participando en un proceso?  Sí  No  
b) ¿Podría su ausencia haber tenido un efecto dañino en el paciente?  Sí  No  
**Si necesita, adjunte información adicional.**
4. ¿Le explicó su empleador la razón del obligatorio sobretiempo?  Sí  No  
**Si lo hizo, adjunte información adicional.**
5. A su entender, ¿fue el sobretiempo necesario debido a?:  
a) Situaciones inesperadas  Sí  No  No estoy seguro  
b) Vacantes debido a insuficientes números de trabajadores  Sí  No  No estoy seguro  
c) ¿Fue una emergencia nacional, estatal o municipal u otro tipo de emergencia?  Sí  No  No estoy seguro  
**Si fue así por cualquiera de ellas, adjunte información adicional.**
6. A su entender, ¿hizo su empleador cualesquiera de los siguientes hechos?:  
a) Preguntar por voluntarios para trabajar sobretiempo  Sí  No  No estoy seguro  
b) Contactar con personal en «per diem»  Sí  No  No estoy seguro  
c) Contactar con una agencia de personal temporal  Sí  No  No estoy seguro  
d) Le dio a Ud. cerca de una hora para hacer los arreglos necesarios para sus niños o familiares con discapacidades  Sí  No  No estoy seguro  
e) Le proveyó a Ud. con documentos sobre sus intentos de conseguir personal. **Si lo hizo, adjúntelos.**  Sí  No
7. Si sabe usted de potenciales testigos que esta oficina podría contactar durante esta investigación, provea la información aquí:

| Nombre | Teléfono | Cargo |
|--------|----------|-------|
|        |          |       |
|        |          |       |
|        |          |       |
|        |          |       |

**Declaro que los datos mencionados en esta queja son verídicos según mis conocimientos, información y creencia. Firmo esta queja tomando en cuenta el 18 Pa.C.S. § 4904 (relacionado con falsos testimonios —no jurados— a las autoridades).**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Ofrecemos asistencia y servicios adicionales a las personas discapacitadas que los soliciten.  
Empleador/programa de apoyo a la igualdad de oportunidad*