



Domestic Worker Bill of Rights Complaint Form

If you prefer a language other than English, we can provide free translation assistance. Please email domesticwork@phila.gov or call 215.686.0802.

Thank you for contacting the Office of Worker Protections. Please clearly print or type answers to the questions below. If you have questions about this form or would like help filling out this form, please email our office at atdomesticwork@phila.gov or call 215.686.08 02.

You can submit the completed form in the following ways:

- 1) Email: DomesticWork@phila.gov
- 2) Mail to: Office of Worker Protections,
Attn: Office of Benefits and Wage Compliance
100 S Broad St, 4th Floor, Philadelphia PA 19102

After our office receives your completed form, we will contact you within fifteen business days.

Contact

Provide the best form of contact.

1

Name _____

Address _____

Email _____ Phone _____

Employment Information

Enter details about the employer for this complaint.

2

Name of Employer _____

Address _____

Employer Email _____ Employer Phone _____

Please check if the following applies to this employer.

This employer is private residence

This employer is a business

Eligibility details

Enter information about your eligibility.

3

Please check if any of the following apply to you:

Nanny or childcare services

Live in services

House cleaning services

Other domestic services

Caretaker and elderly care services

If you have questions concerning your eligibility, contact our office.

Complaint details

Enter information the complaint.

4

Please check each violation for this complaint:

Failure to provide a written contract

Failure to provide two weeks notice of termination or two weeks severance pay

Failure to provide meal and rest breaks

Failure to provide four weeks notice of termination or four weeks severance pay to live in worker

Failure to track and provide paid time off

Failure to notify employee of their rights

Wrongfully keeping personal documents

Retaliation for exercising rights

Workplace surveillance of private activity

Other

Please submit all information you have along with this form. Our office will work with you if additional information is needed.

Please include the contract when submitting this form.

If you would like to file an employment discrimination complaint against your employer, contact the Philadelphia Commission on Human Relations by emailing PCHR@phila.gov or call 215-686-4670. Language access is available.

Signature

5

Pursuant to 18PA.CON.S.TAT.ANN. § 4904, Relating to unsworn falsification to authorities, I affirm that to the best of my knowledge, this information and any other information I supply is true, correct and complete. I understand that if I make false statements, I'm subject to penalties.

Signature _____ Date _____

Formulario de queja de la Declaración de derechos de los trabajadores domésticos

Si prefiere un idioma que no se el inglés, podemos ofrecerle asistencia de traducción gratuita. Envíe un correo electrónico a domesticwork@phila.gov o llame al 215-686-0802.

Gracias por comunicarse con la Oficina de Protección al Trabajador. Escriba con letra de imprenta de forma clara o a máquina las respuestas a las preguntas que figuran a continuación. Si tiene preguntas sobre este formulario o quiere recibir ayuda para completar este formulario, envíe un correo electrónico a nuestra oficina aldomesticwork@phila.gov o llame al 215-686-08 02.

Puede enviar el formulario completo a través de los siguientes medios:

- 1) Correo electrónico: DomesticWork@phila.gov
- 2) Correo a: Oficina de Protección al Trabajador,
A la atención de: Oficina de Cumplimiento de
Beneficios y Salarios 100 S Broad St, 4th
Floor, Philadelphia PA 19102

Después de que en nuestra oficina reciban su formulario completo, nos pondremos en contacto con usted en un plazo de quince días hábiles.

Contacto

Escriba la mejor opción para que podamos ponernos en contacto.

1

Nombre _____

Dirección _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Información sobre el empleo

Escriba la información sobre el empleador para esta queja.

2

Nombre del empleador _____

Dirección _____

Correo electrónico del empleador _____ Teléfono del empleador _____

Marque si la siguiente información se aplica a este empleador.

- Este empleador pertenece a un domicilio particular Este empleador pertenece a una empresa

Información de elegibilidad

Escriba la información sobre su elegibilidad.

3

Marque si alguno de los siguientes se enuncianados se aplican a usted:

- Servicios de niñera o cuidado de niños Servicios cama adentro
 Servicios de limpieza de casas Otros servicios domésticos
 Servicios de conserjería y cuidado de adultos mayores

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, comuníquese con nuestra oficina.

Información de la queja

Escriba la información sobre la queja.

4

Marque cada incumplimiento para esta queja:

- Falta de un contrato por escrito Falta de aviso de despido con dos semanas de antelación o dos semanas de pago de indemnización
 Falta de pausa para comer y descansar Falta de aviso de despido con cuatro semanas de antelación o cuatro semanas de pago de indemnización por trabajador cama adentro
 Falta de seguimiento y tiempo libre remunerado Falta de aviso al empleado de sus derechos
 Conservación indebida de documentos personales Represalias por ejercer los derechos
 Vigilancia en el lugar de trabajo de la actividad privada Otro

Envíe toda la información que tenga con este formulario. En nuestra oficina trabajarán con usted si necesita más información.

Incluya el contrato cuando envíe este formulario.

Si quiere presentar una queja por discriminación laboral contra su empleador, comuníquese con la Comisión de Relaciones Humanas de Filadelfia enviando un correo electrónico a PCHR@phila.gov o llame al 215-686-4670. Acceso a los idiomas disponible.

Firma

5

De conformidad con 18PA.CON.S.TAT.ANN. sección 4904. En relación con la falsificación no jurada a las autoridades, afirmo que, a mi leal saber y entender, esta información y cualquier otra información que facilite es verdadera, correcta y está completa. Entiendo que si hago declaraciones falsas, estoy sujeto a sanciones.

Firma _____ Fecha _____