

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 domesticwork@phila.gov or call 215.686.0802. You can submit the completed form in the following ways:

- 1** Email to: domesticwork@phila.gov
- 3** Mail to: Office of Worker Protections
100 S. Broad Street — 4th Floor
Philadelphia, PA 19102
- 2** Call: 215.686.0802

<p>CONTACT</p> <p><i>Provide the best form of contact</i></p>	1	<p>Name _____</p> <p>Address _____</p> <p>Email _____ Phone Number _____</p>
<p>EMPLOYMENT INFORMATION</p> <p><i>Enter details about the employer for this complaint</i></p>	2	<p>Name of Employer _____</p> <p>Employer Address _____</p> <p>Employer Email _____ Employer Phone Number _____</p> <p>Please check if the following applies to this employer:</p> <p><input type="checkbox"/> This Employer is a private residence <input type="checkbox"/> This Employer is a Business</p>
<p>ELIGIBILITY DETAILS</p> <p><i>If you have questions concerning your eligibility, contact our office</i></p>	3	<p>Please check if the following applies to you:</p> <p><input type="checkbox"/> Nanny or childcare services <input type="checkbox"/> Live-in services</p> <p><input type="checkbox"/> House cleaning services <input type="checkbox"/> Other domestic services</p> <p><input type="checkbox"/> Caretaker and elderly care services</p>
<p>COMPLAINT DETAILS</p> <p><i>Please submit all information you have along with this form. Our office will work with you if additional information is needed.</i></p> <p><i>Please include the contract when submitting this form.</i></p>	4	<p>Please check each violation for this complaint:</p> <p><input type="checkbox"/> Failure to provide a written contract <input type="checkbox"/> Failure to provide two weeks notice of termination or two weeks severance pay</p> <p><input type="checkbox"/> Failure to provide meal and rest breaks <input type="checkbox"/> Failure to provide four weeks notice of termination or four weeks severance pay to live in worker</p> <p><input type="checkbox"/> Failure to track and provide paid time off <input type="checkbox"/> Failure to notify employee of their rights</p> <p><input type="checkbox"/> Wrongfully keeping personal documents <input type="checkbox"/> Retaliation for exercising rights</p> <p><input type="checkbox"/> Workplace surveillance of private activity <input type="checkbox"/> Other _____</p> <p><i>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.</i></p>
<p>SIGNATURE</p>	5	<p>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.</p> <p>Signature _____ Date _____</p>

Formulario de queja de la Carta de Derechos para las Trabajadoras del Hogar

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

3 Correo a: Office of Worker Protections
100 S. Broad Street — 4th Floor
Philadelphia, PA 19102

2 Llame al: 215.686.0802

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

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

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

INFORMACIÓN DE LA QUEJA

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

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 _____

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 _____