

ESTADO DE NUEVA YORK
JUNTA DE RELACIONES DEL TRABAJO PÚBLICO
CARGOS DE PRÁCTICAS INJUSTAS – TRABAJADORES AGRÍCOLAS
WWW.PERB.NY.GOV

Presente el original y tres (3) copias de estos cargos ante el Director de Prácticas Laborales Y Representaciones, Junta de Relaciones del Trabajo Público, PO BOX 2074, ESP AGENCY BLD 2, FL18-20, Albany, NY 12220-0074. Si requiere más espacio tocante a cualquier tema, añada hojas adicionales y enumérelas respectivamente.

NO ESCRIBA EN ESTA SECCIÓN

Numero de Caso:

Fecha de recibo:

1. Nombre del empleador

Teléfono

2. Dirección del empleador (Incluyendo Código Postal)

3. Dirección donde ocurrieron las alegaciones de prácticas laborales injustas

4. Naturaleza de la empresa:
AGRICULTURA/CULTIVO

5. Estimado total de empleados, si lo sabe

6. Número de empleados involucrados en las alegaciones de prácticas laborales injustas

7. Tipos de tareas que realizan los empleados involucrados

CARGOS

8. De acuerdo con la sección 706, ley de Relaciones Laborales del estado de Nueva York, el afirmante declara que el empleador nombrado en la parte superior ha tomado parte y esta tomando parte en prácticas laborales injustas según la definición de la Sección 704 y/o 704-b de dicha ley, ya qué (Indique la alegación de violación específica, incluya una breve declaración de los hechos que apoyen los cargos, use paginas adicionales si es necesario. También identifique las cláusulas que se alegan haber sido violadas bajo la Sección 704 y/o 704-b e incluya los datos requeridos bajo las Reglas de Procedimiento del Sector Privado, Sección 252 disponibles en nuestra página web).

DESCRIBA SUS CARGOS AQUÍ:

ESTADO DE NUEVA
YORK CIUDAD DE
CONDADO DE

SS.
:

..... quedandodebidamente juramentado,
desposeí y dice que ha leído el cargo anterior y conoce el contenido: que lo mismo es cierto para su propio conocimiento, excepto en lo que respecta a los asuntos que en él se afirma que se alegan sobre la información y la creencia, y en cuanto a aquellos asuntos que considera verdaderos.

.....
(Firma)

Jurado a mi

este día month 20 year
de

.....

Nombre de la persona u organización laboral que hace el cargo (Si es hecho por una organización laboral, dé el nombre y official position of the person acting for the organization.)

.....

.....
(Firma)

dirección
(Incluir código postal)

Teléfono No

Número de fax:

Correo electrónico:

ULPC (35-17)

Restablecer
impresión

formulario de