

## FORMULARIO DE QUEJA DE AUDITORÍA

SI DESEA QUE ESTA QUEJA SE MANTENGA CONFIDENCIAL, POR FAVOR MARQUE ESTA CASILLA:

**AVISO DE PRIVACIDAD DE DIR:** El Departamento de Relaciones Industriales, División de Compensación de Trabajadores usa la información en su queja (1) para monitorear a los administradores de reclamos de compensación de trabajadores; (2) para asistir a la DWC y otras agencias gubernamentales en la aplicación general de la ley civil y penal; y (3) llevar a cabo investigaciones sobre el sistema de compensación de trabajadores. **Si indica que desea que su queja se mantenga confidencial, la Unidad de Auditoría no compartirá su queja con ninguna de las partes nombradas en su queja.** Si no solicita confidencialidad, la Unidad de Auditoría puede compartir su queja con el administrador de reclamos. Tenga en cuenta que su queja y la información de su reclamo de compensación de trabajadores no pueden ser divulgadas al público bajo la Ley de Registros Públicos. Si tiene preguntas sobre este aviso, escriba a [Privacy@dir.ca.gov](mailto:Privacy@dir.ca.gov).

\_\_\_\_\_  
Administrador de reclamos / Nombre de la compañía

\_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador lesionado

\_\_\_\_\_  
Dirección del administrador de reclamos

\_\_\_\_\_  
Número de reclamo

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal (**ubicación física solamente- no use P.O. Box**) Fecha de la lesión

\_\_\_\_\_  
Fecha o período de infracciones

\_\_\_\_\_  
Empleador

### DETALLES ESPECÍFICOS DE LA QUEJA

Indique el tipo de queja, siendo lo más específico posible. Por ejemplo, pagos atrasados de incapacidad temporal o permanente (el número de pagos atrasados, si se conoce), falta de pago por incapacidad temporal o permanente, o un 10% de multas autoimpuestas por pagos atrasados (indique los períodos no pagados, si se conoce), falta de pago u objeción a tratamiento médico o facturas médicas-legales, falta de investigación de un reclamo, negación de responsabilidad no respaldada de un reclamo, etc. Por favor adjunte copias de documentación que respalde su queja, si está disponible.

\_\_\_\_\_  
Reclamante (nombre y título)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección, ciudad, estado y código postal