

# FORMULARIO DE REMISIÓN DE AUDITORÍA

Nombre del administrador de reclamos/Nombre de la compañía	Nombre del trabajador lesionado
Dirección del administrador de reclamos	Número de reclamo
Ciudad, estado, código postal	Fecha de la lesión
Fecha o temporada de las violaciones	Nombre del 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 10% de multas autoimpuestas por pagos atrasados (indique los períodos no pagados, si se conocen), falta de pago u objeción a tratamiento médico o facturas médicas-legales, el no investigar un reclamo, negación de responsabilidad de un reclamo no respaldado etc. Por favor adjunte copias de documentación que respalde su queja, si está disponible.

Reclamante (nombre y título)	Fecha
Dirección, ciudad, estado, código postal	

**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 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).