



GRIEVANCE INTAKE FORM | FORMULARIO DE AGRAVIOS

DATE OF COMPLAINT / FECHA DE AGRAVIO

MEMBER NAME / NOMBRE

MEMBER HOME PHONE / TELÉFONO EN CASA

ADDRESS / DIRECCIÓN

CITY • STATE • ZIP / CIUDAD • EDO • CP

JOB TITLE / PUESTO

EMPLOYER / EMPLEADOR

DEPT / DEPTO

SUPERVISOR

and all others that may apply.

ARTICLE OF COMPLAINT / ADMINISTRATIVE LAW VIOLATED / ARTÍCULO VIOLADO

STATEMENT OF COMPLAINT / DECLARACIÓN DEL AGRAVIO

Make employee whole including, but not limited to,

REQUESTED RESOLUTION / RESOLUCIÓN RECLAMADA

MEMBER SIGNATURE / FIRMA DEL MIEMBRO

DATE / FECHA

STEWARD SIGNATURE / FIRMA DEL DELEGADO

DATE / FECHA

BELOW FOR STEWARD USE ONLY / BAJO PARA EL USO DEL DELEGADO

KEEP A COPY FOR YOUR RECORDS! EMPLOYEE IS TO ALSO RECEIVE A COPY / MANGENGA UNA COPIA EN SU ARCHIVO. PROVEA UNA COPIA AL EMPLEADO

STEP/PASO 1

DUE DATE/ FECHA VENCIMIENTO

FILED/ARCHIVADO MGMT RESPONSE DUE / FECHA VENC. REACCIÓN DE LA GERENCIA

STEP 1 MGMT RESPONSE / PASO 1 REACCIÓN DE LA GERENCIA

STEP/PASO 2

DUE DATE/FECHA VENCIMIENTO

FILED/ARCHIVADO MGMT RESPONSE DUE / FECHA VENC. REACCIÓN DE LA GERENCIA

STEP 2 MGMT RESPONSE / PASO 2 REACCIÓN DE LA GERENCIA

STEP/PASO 3

DUE DATE/FECHA VENCIMIENTO

FILED/ARCHIVADO MGMT RESPONSE DUE / FECHA VENC. REACCIÓN DE LA GERENCIA

STEP 3 MGMT RESPONSE / PASO 3 REACCIÓN DE LA GERENCIA

FOLLOW-UP PLAN [IF ANY] / PLAN DE SEGUIMIENTO [SI LO HAY]