STATE OF CALIFORNIA
ESTADO DE CALIFORNIA

AGRICULTURAL LABOR RELATIONS BOARD
CONSEJO DE RELACIONES DE TRABAJADORES AGRICOLAS

CHARGE AGAINST EMPLOYER
CARGO CONTRA EL EMPLEADOR

INSTRUCTIONS: File an original and 2 copies of this charge with the ALRB regional director for the region in which the alleged unfair labor practice occurred or is occurring.

INSTRUCCIONES: Registre una original y 2 copias de este cargo con el director regional del ALRB en la región donde se alega que ocurrió o esta ocurriendo la practica laboral injusta.

DO NOT WRITE IN THIS SPACE
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Case No. / *Número del Caso*

_____

Date Filed / *Fecha de Registro*

_____

NAME OF EMPLOYER AGAINST WHOM CHARGE IS BROUGHT
NOMBRE DEL EMPLEADOR CONTRA QUIEN EL CARGO ES PRESENTADO

Address(es) of Establishment(s) Involved (street and number, city, state, and zip code)
Dirección(es) del Establecimiento(s) Implicado(s) (calle y dirección, ciudad, estado, y zona postal)

Employer Representative to Contact
Representante del Empleador con Quién Comunicarse

Phone Number
Número de Teléfono

Basis of the Charge (be specific as to facts, names, addresses, locations involved, dates, places, etc.)
Base del Cargo (sea específico acerca de los hechos, nombres, domicilios, localidades, fechas, etc.)

Name of Party Filing Charge (if labor organization, give full name of the National or International organization and the local name and number)
Nombre del Partido Registrando el Cargo (si es organización laboral, de el nombre completo de la organización Nacional o Internacional y el nombre del local y numero)

DECLARATION - DECLARACION

I declare under penalty of perjury that I have read the above charge and that the statements herein are true to the best of my knowledge and belief.
Declaro bajo pena de perjurio que he leído este cargo y que su contenido es verdadero según mi mejor conocimiento y convicción.

By/Por _____

Title, if any / *Título, si tiene alguno*

Address/Domicilio

_____

Telephone / *Teléfono* _____

_____

Date/*Fecha* _____