

2. RESOLUCIÓN PROPUESTA DEL EMPLEADO DE LA QUEJA ARRIBA DESCRITA: (¿Que acciones siente usted que la Compañía deberá tomar en respuesta a la queja arriba descrita?)

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA PROVISTA

3. SECCIÓN C, PASO 1 – RESPUESTA DEL SUPERVISOR: (Ver página 4 de la Póliza de Resolución de Disputas; escriba “N/A” si la queja es iniciada en el Paso 2. Paginas adicionales pueden ser adjuntadas si es necesario)

FECHA EN QUE LA FORMA FUE DADA AL SUPERVISOR: _____

FECHA EN QUE LA RESPUESTA FUE DADA AL EMPLEADO: _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR

FECHA

FIRMA DEL SUPERVISOR

4. SECCIÓN C, PASO 2 – RESPUESTA DEL SUPERVISOR DEL SUPERVISOR:
(Ver páginas 4-5 de la Póliza de Resolución de Disputas. Páginas adicionales pueden ser adjuntadas si es necesario)

FECHA EN QUE LA FORMA FUE DADA AL SUPERVISOR DEL SUPERVISOR: _____

FECHA EN QUE LA RESPUESTA FUE DADA AL EMPLEADO: _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL SUPERVISOR

FECHA

FIRMA DEL SUPERVISOR DEL SUPERVISOR

5. SECCIÓN C, PASO 3 – RESPUESTA DEL OFICIAL EN JEFE DE OPERACIONES:
(Ver página 5 de la Póliza de Resolución de Disputas. Páginas adicionales pueden ser adjuntadas si es necesario)

FECHA EN QUE LA FORMA FUE DADA AL OFICIAL EN JEFE DE OPERACIONES:

FECHA EN QUE LA RESPUESTA FUE DADA AL EMPLEADO: _____

FIRMA DEL OFICIAL EN JEFE DE OPERACIONES

FECHA

6. NATURALEZA DE RESOLUCIÓN DE LA QUEJA, SI HAY ALGUNA: (Por favor proporcione *información específica* con respecto a los términos sobre los cuales las partes han acordado en resolver el asunto descrito en esta Forma, incluyendo cualquier acuerdo de liberar a la otra parte de alguna o todas las quejas. Adjunte páginas adicionales o documentación de apoyo si es necesario.)

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA DE EJECUCIÓN

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE TMC

FECHA DE EJECUCIÓN

TMC
SOLICITUD DE ARBITRAJE

(A ser sometida por la parte quejosa al Director de Recursos Humanos. Ver Sección C, Paso 4, páginas 5-7 de la Póliza de Resolución de Disputas para información adicional)

NOMBRE DEL EMPLEADO:	LUGAR DE TRABAJO Y POSICIÓN:
SUPERVISOR(ES) INMEDIATO:	FECHA DE LA ACCIÓN DISPUTADA:

Marque los cuadros apropiados:

- Yo por este medio invoco la Fase de Arbitraje de la Póliza de Resolución de Disputas.**

Entiendo que, con la excepción de que sea provisto de otra manera en la Póliza de Resolución de Disputas, esta Solicitud de Arbitraje debe ser recibida por el Director de Recursos Humanos no más tarde de catorce (14) días calendario después de la fecha de la decisión del Oficial en Jefe de Operaciones (ver Paso 4). Además entiendo que si la Solicitud de Arbitraje no es sometida a tiempo, yo renuncio a mi derecho de invocar la Fase de Arbitraje de la Póliza de Resolución de Disputas.

FECHA DE LA DECISIÓN DEL OFICIAL EN JEFE DE OPERACIONES: _____

FECHA EN QUE LA SOLICITUD DE ARBITRAJE FUE SOMETIDA: _____

- Adjunto el pago en la cantidad de \$125 para iniciar la Fase de Arbitraje de la Póliza de Resolución de Disputas.**

3. **INFORMACIÓN DEL ABOGADO:** (Si usted será representado por un abogado durante la Fase de Arbitraje, por favor proporciones la siguiente información. Usted no está requerido a ser representado por un abogado. (Ver Sección E de la Póliza de Resolución de Disputas)

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

FIRMA DE LA PARTE QUEJOSA
(Si es TMC, firma del CEO)

FECHA