

NEVADA



EEOC - KNOW YOUR RIGHTS: WORKPLACE DISCRIMINATION IS ILLEGAL

Know Your Rights: Workplace Discrimination is Illegal
The U.S. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) enforces Federal laws that protect you from discrimination in employment. If you believe you've been discriminated against at work or in applying for a job, the EEOC may be able to help.

- Who is Protected?**
 - Employees (current and former), including managers and supervisory employees
 - Union members and applicants for membership in unions
- What Organizations are Covered?**
 - Most private employers
 - State and local governments (as employers)
 - Educational institutions (as employers)
 - Unions
 - Staffing agencies
- What Types of Employment Discrimination are Illegal?**
 - Under EEOC's laws, an employer may not discriminate against you, regardless of your immigration status, on the bases of:
 - Race
 - Color
 - National origin
 - Sex (including pregnancy, childbirth, and related medical conditions, including gender identity, or gender identity)
 - Age (40 and older)
 - Disability
 - Genetic information (including employer requests for or purchase, use, or disclosure of genetic tests, genetic services, or family medical history)

EMPLOYERS HOLDING FEDERAL CONTRACTS OR SUBCONTRACTS

The Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) **Protected Veteran Status**: The Vietnam Era Veterans Readjustment Assistance Act of 1974, as amended, prohibits discrimination in employment by contractors doing business with the Federal Government. It requires that an employee of a company with a Federal contract or subcontract, are protected under the law from discrimination in hiring, promotion, pay, and other terms and conditions of employment because of their protected veteran status. **Sex, Sexual Orientation, Gender Identity, National Origin** Executive Order 12462, as amended, prohibits employment discrimination by Federal contractors based on race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, or disability. **Hiring, Promoting, Paying, Dismissing or Discouraging Pay Equity** Executive Order 13665, as amended, prohibits employment discrimination by contractors doing business with the Federal Government inquiring about, discussing, or discriminating their compensation or the compensation of their employees. Contractors from diverse backgrounds are encouraged to inquire about, discuss, or consider their compensation or the compensation of their employees. **Disability**: Section 503 of the EEOC's laws, an employer may not discriminate against you, regardless of your immigration status, on the bases of:

- Race
- Color
- National origin
- Sex (including pregnancy, childbirth, and related medical conditions, including gender identity, or gender identity)
- Age (40 and older)
- Disability
- Genetic information (including employer requests for or purchase, use, or disclosure of genetic tests, genetic services, or family medical history)

USERRA - UNIFORMED SERVICES EMPLOYMENT AND REEMPLOYMENT RIGHTS ACT

USERRA protects the job rights of individuals who voluntarily or involuntarily leave employment positions to undertake a military service. The Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act (USERRA) prohibits employers from discriminating against individuals who leave their jobs to perform military service.

REEMPLOYMENT RIGHTS You have the right to be reemployed if you leave that job to perform service in the uniformed services and are eligible to receive written advance notice of your service.

Health Insurance Protection You have the right to elect to continue your existing employee-based health plan coverage for you and your dependents for up to 24 months while in the military.

Compensation and Benefits You have the right to be reinstated in your employer's health plan when you are reemployed, unless you are a past or present member of the uniformed services.

Employment Protection You have the right to be reinstated in your employer's job or equivalent position if you were terminated during your military service; even if your employer did not deny you: - initial employment; + promotion; or + any benefit (not just pay).

Other Protections You have not been separated from service with a disability discharge or under other than honorable conditions.

If you are separated from service, you must be restored to the job you had when you left, unless you have some cause, as comparable to those who did not leave to perform military service.

What Can You Do If You Believe Discrimination has Occurred? Contact the EEOC promptly if you suspect discrimination. Do not delay, because there are strict time limits for filing a charge of discrimination (180 or 300 days, depending on your state). To file a charge, you can reach the EEOC in any of the following ways:

- An inquiry into your rights under EEOC's public portal: www.eeoc.gov/eeoc/foia/PortalLogIn.aspx

Call: 1-800-669-4000 (toll free)

• 1-800-669-3412 (ASL, video phone)

Visit an EEOC office for more information at www.eeoc.gov/field/offices

E-mail: info@eeoc.gov

Address: U.S. Department of Labor, 2305 E Street, N.W., Washington, D.C. 20580

Employer Support Of The Guard And Reserve 1-800-336-4590

U.S. Department of Justice 1-866-407-2355

Office of Special Counsel 1-866-427-9243

WAGE AND HOUR DIVISION 1-866-427-9243

WHD 1-866-427-9243

www.dol.gov/agencies/whd

1-866-

NEVADA

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH PROTECTION

NEVADA SAFETY AND HEALTH PROTECTION ON THE JOB

The Nevada Occupational Safety and Health Act, NRS Chapter 618, provides job safety and health protection for workers through the promotion of safe and healthful working conditions throughout the State of Nevada. Requirements of the Act include the following:

EMPLOYERS:

Each employer shall furnish to each of his employees employment and a place of employment free from recognized hazards that are causing or are likely to cause death or serious physical harm to his employees; and shall comply with occupational safety and health standards adopted under the Act.

PROPOSED PENALTY:

The Act provides for mandatory penalties against employers of up to \$16,131 for each serious violation and for optional penalties of up to \$16,131 for each nonserious violation. Penalties of up to \$16,131 per day may be proposed for failure to correct violations within the proposed time period. Also, any employer who willfully or repeatedly violates the Act may be assessed penalties of up to \$16,132 for each such violation.

Criminal penalties are also provided for in the Act. Any willful violation resulting in death of an employee, upon conviction, is punishable by a fine of not more than \$50,000 or by imprisonment for not more than six months, or by both. Conviction of any employer after a first conviction doubles these maximum penalties. Proposals may be proposed for public employers.

VOLUNTARY ACTIVITY:

While providing penalties for violations, the Act also encourages efforts by labor and management, before a Nevada OSHA inspection, to reduce injuries and illnesses arising out of employment.

The Nevada Occupational Safety and Health Administration (Nevada OSHA) of the Division of Industrial Relations, Department of Business and Industry, has the primary responsibility for administering the Act. Nevada OSHA enforces occupational safety and health standards, and its Safety and Health Representatives/Industrial Hygienists conduct jobsite inspections to ensure compliance with the Act.

INSPECTION:

The Act requires that a representative of the employer and a representative authorized by the employees be given an opportunity to accompany the Nevada OSHA inspector for the purpose of aiding the inspection.

Where there is no authorized employee representative, the Nevada OSHA Safety and Health Representative/Industrial Hygienist must consult with a reasonable number of employees concerning safety and health conditions in the workplace.

COMPLAINT:

Employees, public or private, or their representatives have the right to file a complaint with the nearest Nevada OSHA office requesting an inspection if they believe unsafe or unhealthy conditions exist in their workplace. Nevada OSHA will hold confidential names of employees complaining.

The Act provides that employees may not be discharged or discriminated against in any way for filing safety and health complaints or otherwise exercising their rights under the Act.

An employee, public or private, who believes he has been discriminated against may file a complaint within thirty (30) days of the alleged discrimination with the nearest Nevada OSHA office or with Occupational Safety and Health Administration, U.S. Department of Labor, 907th Street, Suite 18100, San Francisco, CA 94103.

CITATIONS:

If upon inspection Nevada OSHA believes an employer has violated the Act, a citation alleging such violations will be issued to the employer. Each citation will specify a time period within which the alleged violation must be corrected.

The Nevada OSHA citation must be prominently displayed at or near the place of alleged violation for three days, or until it is corrected, whichever is later, to warn employees of dangers that may exist there.

EMPLOYERS: This poster must be displayed prominently in the workplace.

(Rev. 01-24)

PAYOUT NOTICE

ATTENTION EMPLOYEES PAY DAY NOTICE

The regular pay days for employees of: _____ (Company Name)

Shall be: _____ / _____ / _____

• Pay checks will be distributed at: _____

If you have any questions regarding your paycheck please contact: _____ (Contact Name & Phone Number)

Title 53, Chapter 608, NRS 608.080 Please Post in a Conspicuous Area

WORKERS' COMPENSATION

State of Nevada DEPARTMENT OF BUSINESS & INDUSTRY DIVISION OF INDUSTRIAL RELATIONS Workers' Compensation Section

ATTENTION

Caution: The information below is general in nature and is not intended to be legal advice. If you have any questions regarding your status as an employer or employee or your rights and qualification for specific benefits under an industrial injury or occupational disease claim, you should consult with an attorney experienced in industrial insurance.

Brief Description of Whether the Employer is Required to Obtain Industrial Insurance and Whether a Person is a Covered Employee

Every employer ... shall provide and secure compensation ... for any personal injuries by accident sustained by an employee arising out of and in the course of the employment. See NRS 616B.612(1).

An employer is defined as, "Every person, firm, voluntary association and private corporation, including any public service corporation, which has in service any person under a contract of hire." See NRS 616A.230(2). "A person is not an employer" ... if: (a) The person enters into a contract with another person or business which is an independent enterprise; and (b) The person is not in the same trade, business, profession or occupation as the independent enterprise." See NRS 616B.603(1).

An employee is broadly defined as, "... every person in the service of an employer under any appointment or contract of hire or apprenticeship, express or implied, oral or written, whether lawfully or unlawfully employed" (See NRS 616A.105), but excludes casual employees not in the same trade, business, profession or occupation; persons engaged as a theatrical or stage performer or in an exhibition; musicians not lasting more than 2 consecutive days; household servants, farming and ranching employees; and voluntary ski patrol; sports officials paid a nominal fee, charge, rabbi or lay readers; real estate brokers or sales persons; and commissioned sales persons (See NRS 616A.110).

An independent contractor is a person who is hired and paid solely to produce a result. It is defined as, "... any person who renders service for a specified recompense for a specified result, under the control of the person's principal as to the result of the person's work only and not as to the means by which such result is accomplished." See NRS 616A.255.

Brief Description of Your Rights and Benefits If You Are Injured on the Job or have an Occupational Disease

Notice of Injury or Occupational Disease (Incident Report Form C-1) If an injury or occupational disease (OD) arises out of and in the course of employment, you must provide written notice to your employer as soon as practicable, but no later than 7 days after the accident or OD. Your employer shall maintain a sufficient supply of the forms.

Employee's Claim for Compensation/Report of Initial Treatment (Form C-4) If medical treatment is sought, the Form C-4 is available at the place of initial treatment. A completed Form C-4 must be filed within 90 days after an accident or OD. The treating physician, chiropractic physician, physician assistant or advanced practice nurse must, within 3 working days after treatment, complete and mail to the employer, the employer's insurer and third-party administrator, the Claim for Compensation.

Medical Treatment: If you require medical treatment for your on-the-job injury or OD, you may be required to select a physician or chiropractic physician from a list provided by your workers' compensation insurer, if it has contracted with an Organization for Managed Care (MCO) or Preferred Provider Organization (PPO) or providers of health care.

If your employer has not entered a contract with an MCO or PPO, you may select a physician or chiropractic physician from the Panel of Physicians and Chiropractic Physicians. Any medical costs related to your industrial injury or OD will be paid by your insurer.

Temporary Total Disability (TTD): If your doctor has certified that you are unable to work for a period of at least 5 consecutive days, or 5 cumulative days in a 20-day period, or places restrictions on you that your employer does not accommodate, you may be entitled to TTD compensation.

Temporary Partial Disability (TPD): If the wage you receive upon reemployment is less than the compensation for TTD to which you are entitled, the insurer may be required to pay you TPD compensation to make up the difference. TPD can only be paid for a maximum of 24 months.

Permanent Partial Disability (PPD): When your medical condition is stable and there is an indication of a PPD as a result of your injury or OD, within 30 days, your insurer must arrange for an evaluation by a rating physician or chiropractic physician to determine the degree of your PPD. The amount of your PPD award depends on the date of injury, the results of the PPD evaluation, your age and wage.

Permanent Total Disability (PTD): If you are medically certified by a treating physician or chiropractic physician as permanently and totally disabled and have been granted a PTD status by your insurer, you are entitled to receive monthly benefits not to exceed 66 2/3% of your average monthly wage. The amount of your PTD payments is subject to reduction if you previously received a lump-sum PTD award.

Vocational Rehabilitation Services: You may be eligible for vocational rehabilitation services if you are unable to return to the job due to a permanent physical impairment or permanent restrictions as a result of your injury or occupational disease.

Transportation and Per Diem Reimbursement: You may be eligible for travel expenses and per diem associated with medical treatment.

Reopening: You may be able to reopen your claim if your condition worsens after claim closure.

Appeal Process: If you disagree with a written determination issued by the insurer or the insurer does not respond to your request, you may appeal to the **Department of Administration, Hearing Officer**, by following the instructions contained in your determination letter. You must appeal the determination within 70 days from the date of the determination letter at 1050 E. William Street, Suite 400, Carson City, NV 89701, or 2200 S. Rancho Drive, Suite 210, Las Vegas, NV 89102. If you disagree with the Hearing Officer decision, you may appeal to the **Department of Administration, Appeals Officer**. You must file your appeal within 30 days from the date of the Hearing Officer decision letter at 1050 E. William Street, Suite 450, Carson City, NV 89701, or 2200 S. Rancho Drive, Suite 220, Las Vegas, NV 89102. If you disagree with a decision of an Appeals Officer, you may file a **petition for judicial review with the District Court**. You must do so within 30 days of the Appeals Officer's decision. You may be represented by an attorney at your own expense, or you may contact the NAIW for possible representation.

Nevada Attorney for Injured Workers (NAIW): If you disagree with a Hearing Officer decision, you may request that NAIW represent you without charge at an Appeals Officer hearing. NAIW is an independent state agency and is not affiliated with any insurer. For information regarding denial of benefits, you may contact the NAIW at: 1000 E. William Street, Suite 208, Carson City, NV 89701, (775) 684-7555, or 2200 S. Rancho Drive, Suite 230, Las Vegas, NV 89102, (702) 486-2830.

To File a Complaint with the Division: If you wish to file a complaint with the Administrator of the Division of Industrial Relations (DIR), please contact Workers' Compensation Section, 1886 East College Pkwy. Ste. 100, Carson City, NV 89706, telephone (775) 684-7270, or 3360 W. Sahara Ave., Suite 250, Las Vegas, NV 89102, telephone (702) 486-9080.

For Assistance with Workers' Compensation Issues: You may contact the State of Nevada Office for Consumer Health Assistance, 1715 Pollock Drive, Las Vegas, NV 89119, Toll Free 1-888-333-1597, Website: E-mail cha@govcha.nv.gov

The information in this publication is derived from Chapters 616A through 616D, inclusive, and 617 of the Nevada Revised Statutes and is provided for informational purposes only. If you have any questions, regarding your injury or workers' compensation claim, please call the following:

Insurer/Administrator: _____

Contact Person: _____

Address: _____

City _____ State _____ Zip _____

MCO/Health Care Provider: _____

Telephone Number: _____

Address: _____

City _____ State _____ Zip _____

Address: _____

NEVADA



LABOR LAW POSTER

NEVADA SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO

La ley laboral y de salud de Nevada, Capítulo NRS 618, provee protección a la seguridad y salud laboral para empleados por medio de la promoción de condiciones laborales seguras y saludables para todo el Estado de Nevada. Los requisitos de la ley incluyen lo siguiente:

EMPRESARIOS/PATRONES

Cada patrón deberá proporcionar a cada uno de sus empleados trabajo y un lugar laboral libre de riesgos reconocidos que causan o pueden causar la muerte o daños físicamente serios a sus empleados; y deberá cumplir con todas las normas ocupacionales de seguridad y salud adoptadas bajo la ley.

EMPLEADOS

Cada empleado deberá cumplir con todos las normas ocupacionales de seguridad y regulaciones de salud establecidas por la ley que se aplican a sus propias acciones y conducta en el trabajo.

La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de Nevada (Nevada OSHA) de la División de Relaciones Industriales, en el Departamento de Negocios e Industria, tiene la responsabilidad principal de administrar la ley. Nevada OSHA aplica los estatutos de seguridad laboral y salud, y sus representantes de seguridad y salud/higienistas Industriales llevan a cabo inspecciones del lugar laboral para asegurar el cumplimiento de la ley.

INSPICCIÓN

La ley requiere que un representante del empresario y un representante autorizado por los empleados se les de la oportunidad de acompañar al inspector de Nevada OSHA con el propósito de asistir en la inspección.

En donde no hay un representante autorizado por los empleados, el representante de seguridad y salud de Nevada OSHA/higienista industrial debe de consultar con un número razonable de empleados con respecto a las condiciones de seguridad y salud en el lugar de trabajo.

DENUNCIA/QUEJA

Empleados, públicos, privados, o sus representantes tienen el derecho de presentar una denuncia en la oficina de Nevada OSHA más cercana y solicitar una inspección si creen que hay condiciones inseguras o insalubres en su lugar de trabajo. Los nombres de los empleados que presenten la denuncia se mantendrán confidenciales por Nevada OSHA.

La ley provee que no se puede despedir o discriminar en ninguna forma a los empleados que presenten quejas de seguridad y salud o de otra manera por ejercer sus derechos bajo la ley.

El empleado, público o privado, quien crea que se le ha discriminado puede presentar una queja dentro de treinta (30) días de la presunta discriminación en la oficina más cercana del Nevada OSHA o la Administración de Salud Laboral y Salud del departamento del Trabajo de Estados Unidos en 90 - 7th Street, Suite 18100, San Francisco, CA 94103.

SANCIÓN

Si después de la inspección Nevada OSHA determina que un empresario ha violado la ley, el empresario recibirá una sanción describiendo las presuntas violaciones. Cada sanción especificará un periodo de tiempo en la cual la violación debe ser corregida.

La sanción de Nevada OSHA se deberá de exhibir en o cerca del lugar de la supuesta violación por 7 días o hasta que se corrija, cualquiera que tome más tiempo, a fin de advertir a los empleados de peligros que puedan existir ahí.

EMPRESARIO/PATRONES: Este poster se debe poner en un lugar prominente en el lugar de labores.

(Rev. 1-24)

NEVADA SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO

La ley laboral y de salud de Nevada, Capítulo NRS 618, provee protección a la seguridad y salud laboral para empleados por medio de la promoción de condiciones laborales seguras y saludables para todo el Estado de Nevada. Los requisitos de la ley incluyen lo siguiente:

PENA PROPUESTA / MULTAS

La ley establece multas obligatorias en contra de empresarios hasta de \$16,131 por cada violación seria y por multas discrecionales de hasta \$16,131 por cada violación menor. Multas de hasta \$16,131 por día se pueden proponer por no corregir las violaciones en el periodo del tiempo propuesto. También, cualquier empresario que intencionalmente o repetidamente viola la ley puede tener multas de hasta \$161,323 por cada violación.

La ley también provee penas criminales. Cualquier violación intencional que resultara en la muerte de un empleado, después de ser convicta, será castigado con una multa de hasta \$50,000 o con encarcelamiento hasta seis meses o tal vez ambos. Después de la primera convicción de una empresa, la siguiente convicción dobla estas penas máximas. Las penas pueden ser propuestas por empresarios públicos.

ACTIVIDAD DE COOPERACIÓN

Aunque la ley impone violaciones, también alienta los esfuerzos del sindicato y empresarios, para reducir lesiones y enfermedades causadas por el empleo antes de una inspección conducida por el Departamento de Nevada OSHA.

La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de Nevada de la División de Relaciones Industriales, del Departamento de Negocios e Industria, anima a los empresarios y empleados a reducir voluntariamente los riesgos de trabajo, a desarrollar y mejorar programas de seguridad y salud en todos los lugares de trabajo e industrias.

Semejante acción de cooperación será enfocada en la identificación y eliminación de peligros que podrían causar muerte, lesiones, o enfermedades a empleados y supervisores.

Nevada OSHA les proporcionará más información y asistencia a empleados y empresarios cuando lo soliciten.

MÁS INFORMACIÓN

Puede obtener más información y copias de la ley, estatutos específicos de seguridad y salud de Nevada OSHA, y otras normas aplicadas llamando o escribiendo a una de las oficinas del distrito de Nevada OSHA más cercana ubicadas en las siguientes localidades:

Sur de Nevada

3360 W. Sahara Avenue, Suite 200
Las Vegas, Nevada 89102

Teléfono: (702) 486-9020
Fax: (702) 486-8714

Norte de Nevada

4600 Kietzke Lane, Suite F-153
Reno, Nevada 89502

Teléfono: (775) 688-3700
Fax: (775) 688-1378

NOTA

Las personas que deseen levantar una denuncia en contra de una supuesta insuficiencia en la administración del Plan de Seguridad Ocupacional y Salud en Nevada lo pueden hacer a la siguiente dirección:

U.S. Department of Labor/OSHA, Region IX San Francisco Federal Building
90 - 7th Street, Suite 18100
San Francisco, CA 94103
Teléfono: (415)-625-2547

EMPRESARIO/PATRONES: Este poster se debe poner en un lugar prominente en el lugar de labores.

(Rev. 1-24)

ATENCION EMPLEADOS - AVISO SOBRE EL DÍA DE PAGA

• Los días de paga regular para los empleados de _____ (Nombre de la Compañía)
serán: _____ / _____ / _____

• Los cheques de pago serán distribuidos en _____

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Titulo 53, Capítulo 608, NRS 608.080 - Por favor coloque en un área visible

ESTADO DE NEVADA - AVISO SOBRE EL DÍA DE PAGA

Los empleados en este establecimiento están protegidos por ley de desempleo. Este empleador es requerido por ley de contratar con el Departamento de Trabajo de Nevada para pagar el día de la paga en el Estado de Nevada.

Esta contribución no es deducible del salario del empleado.

Si es despedido de su trabajo o sus horas han sido sustancialmente reducidas, el empleador debe pagar el día de la paga.

Llena una solicitud para reclamar beneficios de desempleo en línea o llamando al centro mas cercano de reclamos por teléfonos de 1-800-684-6049 o 1-800-684-6049. Consulta tu boleta de desempleo completa o parciales.

Solicita servicios de empleo del Centro de Carrera y Trabajo en el sitio web www.NevadaJobConnect.com o cerca o bien información sobre empleos en linea www.NevadaJobConnect.com.

Adopta una estrategia de empleo que te ayude a encontrar una oportunidad de trabajo o se acuerda con tu empleador que te dará una oportunidad de trabajo.

Adopta una estrategia de empleo que te ayude a encontrar una oportunidad de trabajo o se acuerda con tu empleador que te dará una oportunidad de trabajo.

Para hacer reclamos de beneficios de desempleo llamar al Centro de Trámite Telefónico: _____ En el Norte de Nevada llamar (775) 684-0359
En areas Rurales de Nevada llamar gratis (888) 899-8211
O Preocupa reclamos en linea http://nev.gov/

Programa/Empleadores una oportunidad de igualdad - Hay asistencia auxiliar disponible a petición de individuos con discapacidades
NUCS-4249 (Rev. 04/14)

NOTA: Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene alguna pregunta en relación con su cheque de pago favor contacte a: _____ (Nombre del Contacto y Teléfono)

Si tiene