



**CIUDAD Y CONDADO DE SAN FRANCISCO**  
**Oficina de Administración de Contratos**  
**Subdepartamento "Living Wage/Living Health"**  
**1 Dr. Carlton B. Goodlett Place, Edificio Municipal, Habitación 430**  
**San Francisco, CA 94102**  
**Teléfono: (415) 554-6214 – Fax: (415) 554-4337**

**FORMULARIO DE QUEJAS DEL EMPLEADO**

*Se ruega escribir claramente en letra de molde y enviar el formulario lleno a la dirección anterior.*

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Compañía: \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono de la Compañía: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Supervisor: \_\_\_\_\_  
 Departamento de la Ciudad que Otorgó el Contrato (si se sabe): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

*(La información provista en este formulario es confidencial)*

Su Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Salario por Hora \$ \_\_\_\_\_ Promedio de Horas Extra Pagadas \$ \_\_\_\_\_  
 Número de Días Libres Pagados \_\_\_\_\_ Número de Días Libres Sin Pago \_\_\_\_\_  
 ¿Es Ud. empleado regular? \_\_\_\_\_ Si no lo fuera, ¿cuántas horas trabaja por semana? \_\_\_\_\_  
 ¿Recibe beneficios de salud? \_\_\_\_\_ Paga por sus beneficios de salud? \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta fuera positiva, cuánto paga por sus beneficios? \_\_\_\_\_  
 Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? \_\_\_\_\_  
 Queja del Empleado (Use el reverso si necesitara más espacio): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*La información arriba brindada es correcta y verdadera hasta donde yo pueda confirmarlo.  
 Adjunte cualquier documento relacionado o cualquier evidencia.*

\_\_\_\_\_  
 Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
 Fecha

<b>PARA USO EXCLUSIVO DE OCA</b>	
<b>Oficial de Acatamiento:</b> _____	<b>Fecha de Recibo:</b> _____
<b>Departamento de la Ciudad:</b> _____	<b>Número de Contrato:</b> _____

*Se ruega llenar este formulario y enviarlo a la dirección que aparece arriba.*