

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO
LIVING WAGE PROGRAM**
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

**COMPANY INFORMATION
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: <i>Nombre de la Compañía:</i>	
Company Address: <i>Dirección de la Compañía:</i>	
Company Phone: <i>Teléfono de la Compañía:</i>	
Work Site Address: <i>Sitio de Trabajo:</i>	
Supervisor Name: <i>SupervisorGerente:</i>	

**EMPLOYEE INFORMATION
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: <i>Su Nombre:</i>	Social Security Number: <i>Número de Seguro Social:</i>
Address: <i>Dirección:</i>	
Telephone number <i>Número de teléfono</i>	Home: <i>Residencia:</i>
Work: <i>Trabajo:</i>	Overtime Rate Paid: <i>Sueldo por horas extras:</i>
Hourly Rate Paid: <i>Sueldo por hora:</i>	How long have you worked for this company? <i>¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía?</i>
Current job title: <i>Puesto:</i>	If Yes, how much do you pay for your benefits? <i>¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos?</i>
Do you receive health benefits? <i>¿Recibe usted beneficios médicos?</i>	

**EMPLOYEE COMPLAINT
QUEJA DEL EMPLEADO**

Use reverse side if needed
Use el reverso si requiere de mas espacio

Signature · *Firma del Empleado*

Date · *Fecha*

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt:	LWO Analyst:	Contract Number:
------------------	--------------	------------------