

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

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

**EQUAL BENEFITS ORDINANCE REQUIREMENTS
ORDENANZA DE BENEFICIOS EQUIVALENTES**

This ordinance requires a contractor to offer the same benefits to employees with spouses and employees with domestic partners.

Esta ordenanza requiere que el contratista proporcione beneficios equivalentes a sus empleados casados y a sus empleados con parejas cohabitantes.

This ordinance applies only to a company with a City of San Diego contract entered into after January 1, 2011. This ordinance does not apply to subcontractors.

Esta ordenanza sólo aplica contratistas con contratos con la Ciudad de San Diego efectuados después del 1 de Enero 2011. Esta ordenanza no aplica a subcontratistas.

**COMPANY INFORMATION
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name:

Nombre de la Compañía:

Company Address:

Dirección de la Compañía:

Company Phone:

Teléfono de la Compañía:

Work Site Address:

Sitio de Trabajo:

**EMPLOYEE INFORMATION
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name:

Su Nombre:

Address:

Dirección:

Telephone number

Home:

Work:

Número de teléfono

Residencia:

Trabajo:

Please name or describe your employer's contract subject to the City of San Diego's Equal Benefits Ordinance:

Por favor nombre o describa el contrato sujeto a Ciudad de San Diego Ordenanza de Beneficios Equivalentes:

**EMPLOYEE COMPLAINT
QUEJA DE 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 LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt:

EBO Analyst:

Contract Number: