

**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  
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>Superintendente/Gerente:</i>	

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

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

**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:	LWO Analyst:	Contract Number:
------------------	--------------	------------------