The City of SAN DIEGO

LIVING WAGE PROGRAM
202 C Street, MS 8A, San Diego, CA 92101
Phone (619) 236-6682 or (619) 236-6172 Fax (619) 533-3240
sandiego.gov/purchasing/programs

EMPLOYEE COMPLAINT FORM
FORMULARIO DE QUEJAS

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:

Supervisor Name:
SupervisorGerente:

EMPLOYEE INFORMATION
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name:
Su Nombre:

Social Security Number:
Número de Seguro Social:

Address:
Direccion:

Phone number
Número de teléfono

Home:
Residencia:

Work:
Trabajo:

Cell phone:
Teléfono celular

Hourly Rate Paid:
Sueldo por hora:

Overtime Rate Paid:
Sueldo por horas extras:

Current job title:
Puesto:

How long have you worked for this company?
¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía?

Do you receive health benefits?
¿Recibe usted beneficios médicos*?*

If Yes, how much do you pay for your benefits?
¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos*?*

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:

rev 04.01.2016