



聖地牙哥市  
病假和最低薪水獲得  
投訴申報表

FOR ENFORCEMENT OFFICE USE ONLY  
BUS CERT #: \_\_\_\_\_  
DATE RECEIVED: \_\_\_\_\_  
CASE #: \_\_\_\_\_

第 1 部分：雇員資訊

提供您的姓名和聯絡方式能加快您的投訴審核進程。在法律允許的限度內，執行辦公室將為任何舉報涉嫌違法行為和協助調查的人員保密。在執行病假和最低薪水獲得條例（Earned Sick Leave and Minimum Ordinance）時或出於其他合法目的，執行辦公室可能會披露資訊。

姓名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

電子郵件 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_

郵寄地址 \_\_\_\_\_

第 2 部分：雇主資訊

公司名稱 \_\_\_\_\_

公司地址 \_\_\_\_\_

您現在（過去）的工作地址 \_\_\_\_\_

經理/所有者姓名 \_\_\_\_\_

經理/所有者電子郵件 \_\_\_\_\_

第 3 部分：管轄/投訴

電話號碼 \_\_\_\_\_ 業務類型 \_\_\_\_\_

您是否按照聖地牙哥市的規定在任何指定週工作至少 2 小時？

是                      否

索賠期：                      /                      /                      到                      /                      /

投訴類型（請選擇所有適用項）：

帶薪病假

未公佈（最低薪水或應計病假）通知，或未提供雇主向雇員發出的通知

最低工資

報復

時薪 \_\_\_\_\_ 已獲得帶薪病假天數 \_\_\_\_\_

獲得薪水方式：（支票、現金或其他方式） \_\_\_\_\_



聖地牙哥市  
病假和最低薪水獲得  
投訴申報表

其他有關投訴的輔助資訊：

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

請附上證實您投訴內容的任何文件的影本，例如來自雇主的書面文件、計時記錄、薪水單副本、付訖支票、病假政策等。

本人聲明，上述材料據本人所知真實、準確。

雇員簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

將填寫完畢的表格提交到聖地牙哥市最低薪水執行辦公室：

- 請將電子郵件傳送至：[SDMinWage@sandiego.gov](mailto:SDMinWage@sandiego.gov)
- 請將傳真傳送至：619-533-3320
- 郵寄地址：PO Box 122289, San Diego, CA 92112

如果您有任何問題，請聯繫聖地亞哥市最低工資計劃（619）615-1565.