

Ciudad de San Diego
Permiso por Enfermedad con goce
de sueldo y salario mínimo
Formulario de declaración de queja

FOR ENFORCEMENT OFFICE USE ONLY

BUS. CERT #: _____

DATE RECEIVED: _____

CASE #: _____

Parte 1: Información del empleado

Nombre:	Teléfono:	Fecha:
Correo electrónico:	Dirección postal:	
¿Cuál es su puesto o descripción de sus tareas (por ejemplo, conductor, cocinero, etc.)?		

Parte 2: Información del empleador

Nombre de la empresa:	Nombre del gerente/dueño:	
Correo electrónico del gerente/dueño:	Dirección de la empresa:	
Dirección laboral:	¿Fecha en la que comenzó a trabajar para este empleador?	
¿Aún sigue empleado con este empleador?	En caso negativo, ¿cuándo fue su último día de trabajo?	¿Por qué ya no está trabajando para este empleador?

Parte 3: Queja

¿Trabajó por lo menos 2 horas dentro de los límites geográficos de la ciudad de San Diego en una semana determinada?	Período de reclamación:
<p>¿Por qué está enviando esta reclamación? (Marque todas las que correspondan)</p> <p>Actualmente no me están pagando, o no me han pagado, el salario mínimo requerido (completar las Partes 4 y 6)</p> <p>No estoy recibiendo el permiso por enfermedad con goce de sueldo como lo requiere la Ordenanza (completar Partes 5 y 6)</p> <p>No se me está permitiendo hacer uso del permiso por enfermedad con goce de sueldo (completar Partes 5 y 6)</p> <p>He sido sujeto de represalias por ejercer mis derechos según la Ordenanza (completar Parte 6)</p> <p>El empleador no publica el <i>Permiso por enfermedad y/o Avisos de salario mínimo</i> requeridos</p> <p>No se me ha proporcionado el <i>Aviso de empleador a empleado</i></p>	

Parte 4: Información sobre el salario

¿Cómo se le paga? (efectivo, cheque, etc.)	¿Cuán a menudo se le paga? (semanal, mensual, etc.)
¿Tiene copias de todos sus recibos de sueldo por el período de reclamación?	¿Tiene registros de las horas trabajadas?



Ciudad de San Diego
Permiso por Enfermedad con goce
de sueldo y salario mínimo
Formulario de declaración de queja

FOR ENFORCEMENT OFFICE USE ONLY
BUS. CERT #: _____
DATE RECEIVED: _____
CASE #: _____

Parte 5: Información sobre el Permiso por enfermedad con goce de sueldo	
¿Cómo recibe el permiso por enfermedad con goce de sueldo (ESL, por sus siglas en inglés)? Método del devengo (1 hora de ESL por cada 30 horas trabajadas) Método de anticipo (no se otorgan menos de 40 horas de ESL al comienzo del año de beneficio) <i>Plan de tiempo libre remunerado</i> : usted recibe tiempo libre remunerado (vacaciones, ausencias, etc.) que puede utilizar por el mismo propósito que el permiso por enfermedad con goce de sueldo Otro, explique el método: _____ No lo sé	
Si tiene un <i>Plan de tiempo libre remunerado</i> , proporcione los detalles del plan incluyendo el número total de horas pagadas de tiempo libre recibidas cada año, el uso máximo por año, etc. e incluya una copia de su plan con su envío.	¿Cuántas horas totales por enfermedad se le han pagado este año de beneficio?
Si tiene un Plan de tiempo libre remunerado, ¿cuántas horas totales de tiempo libre remunerado se han utilizado este año de beneficios?	
Parte 6: Información adicional	
Salario por hora recibido por el período de reclamación:	¿Sabe de otros empleados en su lugar de trabajo que tengan las mismas quejas? Si la respuesta es sí, indique sus nombres e información de contacto:
¿Ha presentado una reclamación con respecto a este asunto ante alguna otra Agencia Pública o un derecho de acción en tribunales?	
Agenda laboral regular con horas típicamente trabajadas por día/semana: Lunes: _____ Viernes: _____ Martes: _____ Sábado: _____ Miércoles: _____ Domingo: _____ Jueves: _____ Total de horas típicamente trabajadas por semana: _____	
Si no tiene una agenda laboral regular cada semana, ¿cuántas horas trabaja a la semana en promedio?	¿Hay un contrato sindical que cubra su empleo?
¿Alguna vez su empleador ha tomado represalias contra usted u otro empleado por plantear problemas sobre el pago o el permiso por enfermedad con goce de sueldo? Si la respuesta es sí, describa lo que sucedió.	
Por favor adjunte toda la documentación/evidencia que respalde su reclamo y/o sería útil en la revisión. Utilice hojas adicionales si lo necesita.	
Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi saber y entender.	
Firma: _____	Fecha: _____