



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. LIC #:
DATE RECEIVED:
CASE #:

PARTE 1: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Proporcionar su nombre e información de contacto acelerará la revisión de su queja. La Oficina de Cumplimiento respetará la confidencialidad de cualquier persona que informe una presunta infracción y de las personas que asistan en cualquier investigación, en la medida en que lo permita la ley. La Oficina de Cumplimiento puede revelar información según sea necesario para hacer cumplir la Ordenanza de Permiso por Enfermedad con Goce de Sueldo y Salario Mínimo, o con otros propósitos legales.

NOMBRE FECHA

CORREO ELECTRÓNICO NÚMERO TELEFÓNICO

DIRECCIÓN POSTAL

PARTE 2: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

NOMBRE DE LA EMPRESA

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

DIRECCIÓN EN LA QUE USTED TRABAJA/TRABAJÓ

NOMBRE DEL GERENTE/DUEÑO

CORREO ELECTRÓNICO DEL GERENTE/DUEÑO

NÚMERO TELEFÓNICO TIPO DE EMPRESA

PARTE 3: JURISDICCIÓN/QUEJA

¿Trabajó por lo menos 2 horas dentro de los límites geográficos de la ciudad de San Diego en una semana determinada?

Sí No

PERIODO DE LA RECLAMACIÓN: / / A / /

TIPO DE QUEJA (marque todas las opciones que correspondan):

- Permiso por Enfermedad con Goce de Sueldo
Avisos (salario mínimo o devengo por permiso por enfermedad) no publicados o aviso del Empleador al Empleado no proporcionado

Las quejas por presuntas infracciones al salario mínimo o por disposiciones contra represalias de la Ordenanza pueden presentarse ante la Oficina del Comisionado Laboral de California. Puede encontrar información referida a estos procesos y a la forma de presentar reclamos en las páginas web del Departamento de Relaciones Industriales de California:

- Proceso de Adjudicación de Reclamo por Salario - Información sobre la forma de presentar un reclamo por salarios no pagados
Unidad de Investigación de Quejas por Represalias - Información sobre la forma de presentar una queja por represalias



Ciudad de San Diego
Permiso por Enfermedad con Goce de Sueldo y Salario Mínimo
Formulario de Declaración de Queja

SALARIO POR HORA _____

CANTIDAD DE DÍAS DE PERMISO POR ENFERMEDAD CON GOCE DE SUELDO RECIBIDOS _____

FORMA DE PAGO DEL SALARIO: (cheque, dinero en efectivo, otro, etc.) _____

OTRA INFORMACIÓN PARA RESPALDAR EL RECLAMO:

Multiple horizontal lines for providing additional information to support the claim.

Adjute copias de cualquier documentación que corrobore su reclamo, por ejemplo, comunicados por escrito del empleador, informes de horas trabajadas, copias de comprobantes de pago, cheques cobrados, política de licencia por enfermedad, etc.

Declaro que las afirmaciones anteriores son verdaderas y correctas a mi saber y entender.

FIRMA DEL EMPLEADO: _____ FECHA: _____

Envíe los formularios completados a la Oficina de Cumplimiento del Salario Mínimo de la ciudad de San Diego:

- Por correo electrónico a SDMinWage@sandiego.gov
• Por fax al 619-533-3320
• Por correo a PO Box 122289, San Diego, CA 92112