

**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 #: \_\_\_\_\_

\*indica un campo obligatorio

**Información del contacto**

Nombre

Dirección de envío

Ciudad

Estado

Cremallera

La mejor manera de ponerse en contacto con usted     Email     Teléfono     Ambos

Email

Teléfono

**Detalles de la obra**

Nombre del empleador/empresa (nombre del empresa como se muestra en su cheque de pago) \*

Gerente o propietario Nombre

Su trabajo dirección(es) (debe estar dentro de la Ciudad de San Diego) \*

Describa su queja en detalle \*