



CIUDAD DE PASADENA
ORDENANZA DEL SALARIO MINIMO
FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE QUEJAS

INSTRUCCIONES: Completar ambas páginas de este formulario. Por favor, escribir de forma legible. Completar todos los números a su mejor saber, información incompleta o faltante puede dar lugar a retrasos. Incluya todas las copias de la documentación que puedan ser relevante en su queja. Por favor comuníquese con nosotros de inmediato si usted cambia de dirección, número de teléfono, o si se producen cambios en su reclamo.

1. Su PRIMER NOMBRE	2. Su SEGUNDO NOMBRE	3. Su APELLIDO		
4. Su DIRECCIÓN DE ENVIO (nombre de la calle, Número de la calle, No. Apt.		5. Ciudad	6. Estado	7. Código postal
8. Su No. DE TELÉFONO PRINCIPAL	9. Su No. DE TELÉFONO SECUNDARIO.	10. Su E-MAIL		

INFORMACIÓN LABORAL

11. Nombre del negocio (Empleador)		12. No. De Teléfono del Negocio		
13. Dirección del negocio (No del P.O. Box)		14. Ciudad	15. Estado	16. Código postal
17. Otro nombre(s) del negocio que podría ser utilizado por el empleador				
18. Nombre de la persona encargada		19. Posición(ejemplo.; dueño, presidente, gerente, supervisor)		
20. Trabajó usted en el negocio cuya dirección menciona en el número 13 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si contestó "No", favor de proporcionar la dirección				
21. ¿Cuándo empecé a trabajar para este empleador?		22. Aún sigue trabajando para este empleador? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
23. Ha trabajado para este empleador por lo menos 2 horas en una semana calendario en la Ciudad de Pasadena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
24. Si contestaste "No" al número 22, cuando fue tu último día de trabajo		25. si contestó "No" en el número 22, ¿porque ya no está trabajando con este empleador?		
26. ¿Cuál es su posición o descripción de sus responsabilidades (por ejemplo, cajero, cocinero, etc.)?				
27. ¿Cuál es el nombre de la persona quien fija su horario de trabajo y lo supervisa?				
28. Tiene un registro de las horas trabajadas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si contestó "SI", favor de adjuntar copias de los comprobantes de pago o recibos para el periodo que usted cree no recibido el pago apropiado.				
29. ¿Se le requiere que registre su hora de entrada y salida para cada periodo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
30. Si contestó "Si" al número 29, como registra las horas trabajadas (ejemplos: pone la tarjeta al reloj registrador al entrar y salir, llena una hoja de tiempo / tarjeta de tiempo.)				

31. Si contestó "No" al número 29, explique como se controlan sus horas.

32. Si no tiene un horario regular de trabajo cada semana, ¿en promedio cuantas horas trabaja a la semana?

33. Cuanto le pagan actualmente?

34. A usted le pagan con cheque, efectivo, o ambos?

35. ¿Cuándo es su día regular de pago?

36. ¿Este empleador le da descanso para comer? Si No. Si respondió SI, ¿Cuánto tiempo le dan?

37. ¿Le proporciona este empleador algún otro descanso durante el día laboral? Si No. Sí respondió SI, ¿cuantos descansos le dan y cuanto tiempo dura cada uno?

38. Abajo escriba su horario regular de trabajo. Si usted registra su entrada y salida varias veces durante el día, escribalas en el espacio proporcionado.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora entrada							
Hora Salida							
Hora entrada							
Hora Salida							
Hora entrada							
Hora Salida							

Información adicional sobre días/horas de trabajo:

39. Hay algún otro testigo u otro tipo de evidencia que ayuden a sustentar su caso? (por ejemplo, nombre de un compañero de trabajo, nombre de un cliente regular, conductores de reparto, fotografías de grupo, etc.)

40. ¿Hay un acuerdo por escrito de su empleo? Si lo hubiera favor de proporcionarlo.

41. ¿Tiene algo más que agregar?

Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas a mi mejor saber.

Firma del demandante _____ Fecha: _____

Escriba su nombre: _____

Entrevista por: _____ Fecha: _____

Organización: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha que se recibió el formulario:

Recibido por:

Número de archivo:

Acción: