

FORMULARIO DE QUEJAS SOBRE EL SALARIO DE SUBSISTENCIA

Propósito del Formulario: Hacer un reporte las posibles violaciones de la Ordenanza Municipal de la Ciudad de Santa Bárbara sobre el Salario de Subsistencia.

Escriba claramente y envíe a: General Services Manager, City of Santa Barbara, P.O. Box 1990, Santa Barbara, CA 93102.

INFORMACION SOBRE EL EMPLEADOR

Nombre de la Compañía: _____

Dirección de la Compañía: _____

Número de Teléfono de la Compañía: _____

Nombre del Supervisor: _____

Sitio de Trabajo de la Ciudad: _____

INFORMACION OPCIONAL SOBRE EL EMPLEADO (La Ciudad tratará de mantener confidencial esta información)

Su Nombre: _____

Dirección : _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

¿Recibe beneficios de salud? _____ Si es SI, ¿Cuánto paga, si paga algo? _____

Nombre de su Cargo _____

¿Cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con usted? _____ ¿La mejor hora? _____

QUEJA DEL EMPLEADO

Creo que la Ordenanza Municipal de Santa Bárbara sobre el Salario de Subsistencia está siendo violada.

Describa la presunta violación (use el reverso si necesita más espacio, y adjunte la documentación de pruebas).

La información anterior es la verdad de acuerdo a mi mejor conocimiento.

Firma del Empleado

Fecha

Una copia de su talón de cheques más reciente nos va a ayudar con la investigación

A copy of your most recent pay check would assist us with this investigation