

CIUDAD DE OAKLAND

DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y NORMAS DE EMPLEO DE LA CIUDAD DE OAKLAND

Ordenanza sobre la licencia por enfermedad retribuida de emergencia por COVID-19: Cuestionario para empleados

Nombre del empleado: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del empleado: _____ Nombre del negocio: _____

Correo electrónico del empleado: _____ Número de teléfono del negocio: _____

Dirección del empleado: _____ Dirección del negocio: _____

1. Describa brevemente por qué está presentando esta queja (por ejemplo, "No he recibido mi licencia por enfermedad retribuida de emergencia", "No cobré mi licencia por enfermedad retribuida de la Medida FF" o "No me pagaron por usar la licencia por enfermedad retribuida de emergencia")

2. ¿Sigue empleado por este empleador? Sí _____ o NO _____. Si la respuesta es NO, ¿cuándo fue su último día de trabajo? _____

3. ¿Trabajó para el empleador durante al menos dos horas por semana después del 3 de febrero de 2020 dentro de la ciudad de Oakland? Sí _____ o NO _____.

4. ¿Su empleador tiene 500 empleados o más? Sí o _____ NO _____.

5. ¿También presentó una queja ante el Departamento Federal del Trabajo?

6. ¿Es usted destinatario de los beneficios públicos que, como condición para recibir asistencia pública, ha realizado al menos 2 horas de trabajo dentro de la ciudad para un empleador después del 2 de febrero de 2020?

7. ¿El negocio le permite acumular al menos 160 horas de licencia retribuida? Sí _____ o NO _____.
Si es así, ¿tuvo al menos 80 horas de licencia retribuida acumulada al 12 de mayo de 2020? Sí _____ o NO _____.

8. ¿Es usted un proveedor de atención médica o un personal de auxilio de emergencias? Sí _____ o NO _____.

9. Describa su horario de trabajo anterior a continuación. *Si entra y sale varias veces durante el día, anótelos en el espacio proporcionado.*

	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
<i>Hora de entrada</i>							
<i>Hora de salida</i>							
<i>Hora de entrada</i>							
<i>Hora de salida</i>							
<i>Hora de entrada</i>							
<i>Hora de salida</i>							

10. Describa su horario de trabajo actual a continuación.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de entrada							
Hora de salida							
Hora de entrada							
Hora de salida							
Hora de entrada							
Hora de salida							

11. Si no tiene un horario de trabajo regular cada semana, ¿cuántas horas por semana trabajó, en promedio? _____.

12. Si fue despedido, ¿se le pagó la licencia por enfermedad retribuida acumulada de la Medida FF? Sí o NO.

13. ¿Su empleador le proporciona un seguro médico? Sí _____ o NO _____. En caso afirmativo, (a) ¿Qué compañía de seguro?
 (b) ¿Tiene que pagar alguna parte de la prima? Sí _____ NO _____.
 (c) ¿En qué fecha comenzó su cobertura?

14. ¿Recibe tiempo libre **retribuido** (por ejemplo, vacaciones, días festivos, licencia por enfermedad)?
 Sí _____ o NO _____. En caso afirmativo, ¿cuántos días al año? _____.

15. ¿Es miembro de un sindicato? Sí _____ o NO _____.
 En caso afirmativo,
 (a) ¿Cuál es el nombre de su sindicato local?
 (b) ¿Tiene una copia de su convenio colectivo (contrato sindical)?
 (c) ¿Cuál es el nombre de su agente comercial o representante sindical?

16. ¿Alguna vez se ha quejado o le ha hecho preguntas a su empleador sobre su licencia por enfermedad retribuida? Sí _____ o NO _____. En caso afirmativo, proporcione la fecha de su consulta o queja, el nombre y cargo de la persona con la que habló y su respuesta:

17. ¿Alguna vez su empleador ha tomado represalias contra usted por plantear problemas sobre su licencia por enfermedad retribuida? Sí _____ o NO _____. En caso afirmativo, describa qué pasó:

18. ¿Desea mantener esta queja en el anonimato (es decir, mantener su nombre confidencial de su empleador)?
 ___ Sí, quiero mantener esta queja confidencial.
 ___ No, está bien que mi empleador sepa que presenté esta queja.
 ___ No importa. No me importa si mi empleador sabe que presenté esta queja.

19. ¿Cuáles son los nombres de algunos de sus compañeros de trabajo que apoyarán su reclamo?
Proporcione información de contacto.

<i>Nombre</i>	<i>Contacto</i>

20. ¿Hay otros testigos o cualquier otra evidencia que le ayude a fundamentar su caso? *(Por ejemplo, nombres de clientes habituales o conductores de reparto, fotografías de grupo, etc.)*

21. ¿Tiene algo más que agregar?

Declaro bajo pena de perjurio que la declaración anterior es verdadera y correcta según mi leal saber.

Firma del empleador: _____ Fecha: _____

Entrevistado por: _____ Fecha: _____

Organización: _____

Oficial de cumplimiento asignado: _____