



CIUDAD DE OAKLAND
OFICINA DEL ADMINISTRADOR DE LA CIUDAD –
DIVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATOS

SALARIO MINIMO: Cuestionario Del Empleado & Declaración en Apoyo a su Queja

Nombre del Empleado: _____ Fecha: _____

Numero de Teléfono del Empleado: _____ Nombre de la Empresa: _____

Email del Empleado: _____ Numero de teléfono del a Empresa: _____

Dirección del Empleado: _____ Dirección de la Empresa: _____

1. describa brevemente porque está presentando esta queja (por ejemplo, “No me están pagando el salario mínimo requerido”, “No me estoy recibiendo licencia médica” o “Mi empleador no me está pagando los cargos por servicio”)

2. ¿Cuál es su puesto o descripción de sus obligaciones (por ejemplo, chofer, cocinero, etc.)? _____

3. ¿Cuándo empezó a trabajar para este empleador? *Incluya Fecha de inicio.* _____

4. ¿Todavía trabaja con este empleador? SI ___ o NO ____.
 Si es NO, ¿Cuándo fue su último día de trabajo? _____ Y ¿Porque ya no trabaja para este empleador?

5. ¿Quién programa su horario y supervisa su trabajo? _____

6. ¿Tiene usted un registro de las horas que trabaja? SI ___ o NO ____

7. ¿Le piden que registre cuando empieza y cuando termina? SI ___ o NO ____
 Si la respuesta es SI; ¿Checa tarjeta usted cuando llega y cuando se va o usa una escrita a mano?

_____ Si la respuesta es NO, explique como se registran sus horas de trabajo.

8. Incluya a continuación su horario regular de trabajo. *Si usted checa tarjeta para salir y entrar varias veces durante el día, incluya eso también.*

	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miercoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sabado</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>							

9. Si usted no tiene un horario regular cada semana, ¿Cuántas hora trabaja por semana regularmente?

10. ¿Cuanto le pagan por hora actualmente? _____

11. ¿Ha cambiado su pago con el tiempo? SI___ o NO___ Si la respuesta es SI, incluya la lista de las fechas cuando recibió cada aumento.

Fecha de Inicio

Fecha Final

Fecha de Inicio	Fecha Final

12. ¿Le pagaron por todas las horas trabajadas? SI___ o NO___ Si la respuesta es NO, explique.

13. ¿Recibe usted lo equivalente del pago de una hora y media de trabajo cuando trabaja usted más de 8 horas en un día o 40 horas en una semana? SI ___ o NO ___

14. ¿Le pagan con cheque ____, en efectivo____, o de las dos maneras__?

15. ¿Tiene recibos de pago o cheques? SI ___ o NO ___

16. ¿Cuándo es el día regular de pago? _____

17. ¿Su empleador provee seguro médico? SI___ o NO___ Si la respuesta es SI, (a) ¿Qué compañía de seguro médico es?

(b) ¿Usted paga parte de la prima? SI ___ NO___

(c) ¿En qué Fecha comenzó su cobertura?

18. ¿Le pagan días no trabajados (ejemplo: vacaciones, días festivos, licencia médica)? SI o NO
Si la respuesta es SI, ¿Cuántos días al año? _____

19. ¿Puede tomar días libre sin pago? SI___ o NO___
Si la respuesta es SI, ¿Cuántos días por año? _____

20. ¿Es usted miembro de un sindicato? SI o NO. Si la respuesta es SI,
(a) ¿Cuál es el nombre del sindicato local?
(b) ¿O tiene una copia del acuerdo colectivo (contrato del sindicato)?
(c) ¿Cuan es el nombre de su agente de negocios o representante sindical?

21. ¿Alguna vez se ha quejado o le ha preguntado a su empleador sobre su pago o prestaciones? SI___ o NO ___ Si la respuesta es SI, por favor escriba la fecha de su pregunta/queja, el nombre y puesto de la persona con quien hablo y la respuesta que le dieron:

22. ¿Su empleador alguna vez tomo represalias contra usted por hacer preguntas sobre su pago o prestaciones? SI___ o NO ___ Si la respuesta es SI, describa lo que paso:

23. ¿Desea que esta queja sea anónima (ejemplo, que su empleador no sepa su nombre)?

_ Si, deseo mantener esta queja anónima.

_ No, está bien si mi empleador sabe que presente esta queja.

_ No es importante si me empleador sabe que presente esta queja

24. ¿Cuántos empleados trabajan para su empleador? _____

25. ¿Cuáles son los nombres de algunos de su compañeros de trabajo *Denos la información de contacto por favor.*

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

26. ¿Hay otros testigos o más evidencia que ayudaría a sustentar su caso? (*Ejemplo, nombres de clientes regulares o choferes de entrega, fotografías de grupos, etc.*)

27. ¿Tiene algo más que agregar?

Declaro bajo pena de perjurio, que la declaración anterior es verdadera y correcta a los mejor de mi conocimiento

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Entrevistado por: _____ Fecha: _____

Organización: _____

Assigned Compliance Officer: _____