



CITY OF OAKLAND
CITY ADMINISTRATOR'S OFFICE
CONTRACTS & COMPLIANCE DIVISION

FORMULARIO DE QUEJA DE LA MEDIDA Z

SALARIO MÍNIMO y CARGA DE TRABAJO HUMANITARIA
DE LOS TRABAJADORES DE HOTEL

INFORMACIÓN DE ENTRADA – RECLAMANTE / EMPLEADO

Nombre: _____ Fecha: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Email: _____

Nombre y dirección del empleador: _____ Número de teléfono del empleador/hotel: _____

QUEJA(S) (Utilice espacio adicional si es necesario).

1. Describa brevemente por qué está presentando esta queja (por ejemplo, "No me pagan la remuneración mínima requerida del hotel", "Estoy trabajando más del máximo de pies cuadrados sin recibir el pago correspondiente" o "Trabajé más de diez horas en un día sin mi consentimiento").

2. ¿Cuál es el puesto/cargo de usted? _____

3. Por favor describa sus deberes laborales _____

4. ¿Cuál fue la primera fecha (fecha de inicio) de su empleo con este empleador? Fecha de inicio: _____

5. ¿Sigue siendo empleado de este empleador? Sí ___ o No ___.
Si respondió No, ¿cuándo fue su último día de trabajo? _____

Si respondió No, ¿por qué ya no trabaja para este empleador? _____

6. ¿Quién establece su horario? Nombre _____ Puesto _____

7. ¿Quién supervisa su trabajo? Nombre _____ Puesto _____

8. ¿Tiene registros de las horas que trabajó? Sí ___ o No ___

9. ¿Está obligado a registrar su hora de inicio y finalización? Sí ___ o No ___

Si respondió Sí, ¿checa entrada y salida en un reloj checador o utiliza una hoja o tarjeta de tiempo escrita a mano?
Sí ___ o No ___.

Si respondió No, explique cómo se cuentan sus horas _____

10. Anote su horario de trabajo regular a continuación. Si checa tarjeta para entrar y salir varias veces durante el día, indíquelo así en el espacio provisto.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Entrada							
Salida							
Entrada							
Salida							
Entrada							
Salida							

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

12. ¿Cuál es su tasa actual de pago por hora? _____

13. ¿Ha cambiado su tasa de pago con el tiempo? Sí__ o No__. Si respondió Sí, anote las fechas de inicio y finalización durante las cuales recibió cada tasa de pago.

14.

Fecha de inicio	Fecha de finalización

14. ¿Le han pagado todas las horas trabajadas? Sí__ o No__ En caso negativo, por favor explique. _____

15. ¿Ha trabajado más de 10 horas en un día laboral sin su consentimiento por escrito? Sí__ o No__

Si respondió Sí, ¿cuándo? _____

16. ¿Le pagan por depósito directo __, cheque __, en efectivo __, o ambos __?

17. ¿Tiene recibos o comprobantes de pago del sueldo? Sí__ o No__

18. ¿Cuándo es su día de pago habitual? _____

19. Si su trabajo es limpiar habitaciones, ¿su empleador le exige que realice otras tareas de limpieza fuera de las habitaciones? Sí__ o No__

Si respondió Sí, ¿cuáles son esas tareas y con qué frecuencia las realiza? _____

20. ¿Cómo registra su empleador los pies cuadrados que usted limpia? _____

21. ¿Tiene usted registros de los pies cuadrados que limpia? Sí ___ o No ___

22. ¿Tiene registros de qué habitaciones o áreas limpia cada día y si son habitaciones de salida (check out) o habitaciones con cama adicional? Sí ___ o No ___

23. ¿Alguna vez le han pedido que limpie más de 4,000 pies cuadrados en una jornada laboral de ocho horas? Sí ___ o No ___

En caso afirmativo, ¿qué días y cuántos pies cuadrados limpió usted? _____

24. ¿Alguna vez su empleador le pidió que limpiara más de 6 habitaciones de salida o habitaciones con camas adicionales en una jornada laboral de 8 horas? Sí ___ o No ___

25. ¿Alguna vez le asignaron a trabajar en una habitación de huéspedes o en un baño sin otros empleados presentes? Sí ___ o No ___

26. ¿Le han proporcionado un botón de pánico? Sí ___ o No ___

27. ¿Ha recibido instrucciones sobre el uso de botones de pánico? Sí ___ o No ___

28. Si su empleador proporciona un seguro, seleccione los tipos de seguro a continuación:

Médico Sí ___ o No ___ Dental Sí ___ o No ___ Óptica Sí ___ o No ___ Mental Sí ___ o No ___

Muerte Sí ___ o No ___ Discapacidad Sí ___ o No ___ Cuenta de gastos médicos Sí ___ o No ___

(a) ¿Con qué compañía de seguros? _____

(b) ¿Tiene que pagar usted alguna parte de la prima? Sí ___ No ___

(c) ¿En qué fecha comenzó su cobertura? _____

29. ¿Recibe tiempo libre **pagado** (por ejemplo, vacaciones, días feriados)? Sí ___ o No ___
Si respondió Sí, ¿cuántos días al año? _____

30. ¿Está acumulando licencia por enfermedad pagada? Sí ___ o No ___
En caso negativo, ¿por qué? _____

31. ¿Le pagan la licencia por enfermedad pagada que toma? Sí ___ o No ___
En caso negativo, ¿por qué? _____

32. ¿Puede usted tomar tiempo libre **no pagado**? Sí ___ o No ___. Si respondió Sí, ¿cuántos días al año? _____

33. ¿Es usted miembro de un sindicato? Sí ___ o No ___. Si respondió Sí,
a. ¿Cuál es el nombre de su sindicato local? _____
b. Proporcione una copia de su acuerdo de negociación colectiva (contrato sindical)
c. Indique el nombre y la información de contacto de su agente comercial / representante sindical _____

34. ¿Alguna vez usted se quejó o hizo preguntas a su empleador sobre su salario o carga de trabajo? Sí__ o No__. En caso afirmativo, proporcione la fecha de su consulta o queja, el nombre y el título de la persona con la que habló y su respuesta:

35. ¿Alguna vez su empleador tomó represalias contra usted por plantear problemas sobre su salario o carga de trabajo? Sí__ o No__. Si respondió Sí, describa lo que pasó:

36. ¿Desea mantener esta queja anónima (es decir, mantener su nombre confidencial ante su empleador)?
__ Sí, quiero mantener esta queja confidencial.
__ No, está bien que mi empleador sepa que yo presenté esta queja.

37. ¿Cuántos empleados trabajan para su empleador? _____

38. ¿Cuáles son los nombres de algunos de sus compañeros de trabajo o testigos que posiblemente deseen corroborar o respaldar esta reclamación? *Por favor proporcione información de contacto.*

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

39. ¿Hay algún otro testigo o alguna otra evidencia que pueda ayudarlo a fundamentar su caso? *(Por ejemplo, nombres de clientes habituales o conductores de entregas, nombres de huéspedes del hotel, fotografías grupales, mensajes de texto, etc.)*

40. ¿Tiene algo más que agregar?

Declaro bajo pena de perjurio que las afirmaciones anteriores son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Entrevistado por: _____ Fecha: _____

Organización: _____

FOR OFFICE USE ONLY - NOTES:

Assigned Officer: _____ Date: _____