

**ORDENANZA DE LICENCIA POR ENFERMEDAD REMUNERADA Y SALARIO MÍNIMO
FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE RECLAMO**

Instrucciones: Complete el formulario con la mayor cantidad de datos posibles. Puede omitir preguntas que no se apliquen a su caso. Adjunte hojas adicionales si necesita explayarse más en alguna pregunta.

Fecha: _____

Nombre del empleado: _____

Dirección del empleado: _____

Número de teléfono del empleado: _____

Correo electrónico del empleado: _____

Idioma de preferencia: _____

Nombre de la empresa: _____

Dueño o gerente de la empresa: _____

Dirección de la empresa: _____

Número de teléfono de la empresa: _____

Correo electrónico de la empresa: _____

1. ¿Ha trabajado al menos 2 horas en una semana calendario en Emeryville, California?

- Sí.
- No.

2. ¿Por qué presenta este reclamo?

- No se me está pagando la compensación mínima requerida.
- No se me está otorgando ni se me autoriza a utilizar la licencia por enfermedad.
- No estoy recibiendo los cargos por servicio de mi empleador de la industria hotelera.
- He sufrido represalias por ejercer mis derechos conforme a la ordenanza de licencia por enfermedad remunerada y salario mínimo de la ciudad.
- Otro (escriba una descripción breve):

3. ¿Cuál es su función en el trabajo o cómo describiría sus tareas (*por ejemplo, chofer, cocinero, etc.*)?

4. ¿Cuándo comenzó a trabajar para este empleador?

5. ¿Sigue trabajando para este empleador?

Sí.

No. En caso NEGATIVO, ¿cuál fue su último día de empleo?

¿Por qué ya no trabaja para este empleador?

6. ¿Quién establece sus horarios y supervisa su trabajo?

7. ¿Tiene registros de las horas trabajadas?

Sí.

No.

8. ¿Debe registrar su horario de inicio y finalización para cada período de trabajo?

Sí.

No.

En caso AFIRMATIVO, ¿cómo se registran sus horas trabajadas (*por ejemplo: perfora una tarjeta al entrar y salir en un reloj registrador, completa una planilla de asistencia/tarjeta de control de asistencia*)?

En caso NEGATIVO, explique cómo se registran sus horas trabajadas.

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

10. ¿Le han estado pagando correctamente todas las horas trabajadas?

Sí.

- No. En caso NEGATIVO, especifique el período en el cual no le pagaron correctamente.
-

11. ¿Tiene algún recibo de pago de su salario?

- Sí. En caso AFIRMATIVO, adjunte copias de los recibos del período durante el cual cree que no recibió el pago adecuado.
- No. En caso NEGATIVO, adjunte copias de cualquier documentación que tenga, que demuestre el pago que ha recibido y las horas que ha trabajado.

12. ¿Cuántos días de licencia por enfermedad ha acumulado con este empleador desde el 1 de julio de 2015 o desde su fecha de contratación?

13. Si no tiene esposo/a ni concubino/a, su empleador ¿le ha dado la oportunidad de designar a otra persona para que pueda utilizar su licencia por enfermedad para ofrecerle cuidados?

- Sí.
- No.

14. ¿Le han negado poder utilizar su licencia por enfermedad?

- Sí. En caso AFIRMATIVO, especifique cuándo le han negado la licencia por enfermedad y la razón que el empleador le dio para negarle su solicitud.
-

- No.

15. Si trabaja para un empleador de la industria hotelera, ¿le ha entregado una notificación escrita sobre la distribución del cargo por servicio?

- Sí. En caso AFIRMATIVO, adjunte una copia de la distribución del cargo por servicio.
- No.

16. ¿Ha recibido su parte del cargo por servicio?

- Sí
- No. En caso NEGATIVO, especifique cuándo no se le pagó correctamente.
-

17. ¿Es miembro de un sindicato?

- No.
- Sí. En caso AFIRMATIVO:
- (a) ¿Cuál es el nombre del sindicato? _____

(b) ¿Cómo se llama su agente comercial/representante sindical?

(c) Si lo tuviera, adjunte una copia del convenio colectivo de trabajo/contrato sindical.

18. ¿Alguna vez le ha reclamado o realizado preguntas a su empleador sobre su paga o beneficios?

- No.
- Sí. En caso AFIRMATIVO, detalle la fecha de su pregunta/reclamo, el nombre y el cargo de la persona con quién habló y su respuesta.

19. Su empleador, ¿alguna vez tomó represalias contra usted por haber hecho planteos sobre su paga o beneficios?

- No.
- Sí. En caso AFIRMATIVO, describa qué sucedió.

20. ¿Desea que este reclamo sea anónimo? (*Mantener su nombre anónimo de su empleador*)

- Sí, quiero que este reclamo sea anónimo.
- No, no tengo problema en que mi empleador sepa que presenté este reclamo.

21. ¿Cuántos empleados trabajan para su empleador?

22. ¿Tiene algo más para agregar? De ser así, adjunte copias de cualquier documento que confirme su reclamo, como comunicaciones escritas de su empleador, declaraciones de beneficios, etc.

Declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones de más arriba son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____