

**FORMA DE QUEJA DEL EMPLEADO
ORDENANZA DE COMPENSACION MINIMA**

Fecha: _____
Su nombre: _____
Su dirección: _____
Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____
Nombre de la Compañía\Organización para la que trabaja _____

Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Departamento del Condado que contrato estos servicios _____
Describa los servicios proporcionados al Condado: _____

Queja relacionada con: (marque todas las que usted considere)
Salario Beneficios Médicos Represalias

Describa su queja:

Por favor anexe páginas (en caso de ser necesario) y cualquier documento ó evidencia;
tales como talones de pago, hoja de horas de trabajo, etc.

A mi mejor conocimiento testifico que la información proporcionada en
esta queja es verdadera.

Firma _____ Fecha _____
Nombre en letra de Molde _____

Para uso de oficina

Queja Número _____ Asignado a: _____

Anotaciones _____

Para mayor información, por favor contacte a (nombre de la persona a contactar -
dentro del departamento y número de teléfono)