



三藩市縣政府
Office of Contract Administration
Living Wage/Living Health Division
1 Dr. Carlton B. Goodlett Place, City Hall, Room 430
San Francisco, CA 94102
電話:(415) 554-6214 – Fax: (415) 554-4337

僱員投訴表格

請用正楷填寫清楚，然後交往上述地址。

公司名稱：_____

公司地址：_____

公司電話號碼：_____

工作地點地址：_____

主管姓名：_____

市府部門發給之承辦合約（如知道）：_____

僱員資料

（此表格所提供的資料均會予以保密）

你的姓名：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵區號碼：_____

住家電話號碼：_____ 工作電話號碼：_____

時薪：_____ 超時薪率：_____

有薪休假天數：_____ 無薪休假天數：_____

你是否全職僱員？_____ 如不，每週工作多少小時？_____

你有沒有醫療福利？_____ 你需不需要自付醫療保險費用？_____

如需要，你自付的數目是多少？_____

你在此公司工作有多少時間？_____

僱員投訴（如需更多空白，請用背頁）：_____

據我所知，以上資料全部正確屬實。請附上任何有關文件或證據。

僱員簽名 _____

日期 _____

FOR OCA USE ONLY 辦公室專用	
Compliance Officer: _____	Date Received: _____
City Department: _____	Contract Number: _____

請填妥此表格交回上述地址。