



THÀNH PHỐ VÀ QUẬN HẠT SAN FRANCISCO
Office of Contract Administration (Văn Phòng Điều Hành Hợp Đồng)
Living Wage/Living Health Division
(Đơn Vị Lương Đủ Sống/Bảo Hiểm Sức Khỏe Tối Thiểu)
1 Dr. Carlton B. Goodlett Place, City Hall, Room 430
San Francisco, CA 94102
Điện Thoại: (415) 554-6214 – Fax: (415) 554-4337

ĐƠN KHIẾU NẠI CỦA NHÂN VIÊN

Xin viết chữ in rõ ràng và gửi lại đơn điền đầy đủ về địa chỉ ghi trên.

Tên Công Ty: _____
Địa Chỉ Công Ty: _____
Số Điện Thoại Công Ty: _____
Địa Chỉ Nơi Làm Việc: _____
Tên Người Giám Sát: _____
Ban Của Thành Phố Cấp Hợp Đồng (nếu biết): _____

DỮ KIẾN VỀ NHÂN VIÊN

(Tín tức cung cấp trên đơn này được giữ kín)

Tên Quý Vị : _____
Địa Chỉ: _____
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Zip: _____
Số Điện Thoại Ở Nhà: _____ Số Điện Thoại Sở Làm: _____
Tiền Công Mỗi Giờ Trả \$ _____ Tiền Trả Giờ Phụ Trội \$ _____
Số Ngày Nghỉ Trả Lương _____ Số Ngày Nghỉ Không Trả Lương _____
Quý Vị Là Nhân Viên Toàn Thời Gian? _____ Nếu không, quý vị làm bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____
Quý vị có được phúc lợi về sức khỏe không? _____ Quý vị có trả tiền phúc lợi về sức khỏe của quý vị không? _____
Nếu có, quý vị trả bao nhiêu tiền cho phúc lợi của quý vị? _____
Quý vị làm việc cho công ty này bao nhiêu lâu rồi? _____
Khiếu Nại của Nhân Viên (Dùng mặt sau nếu cần thêm chỗ): _____

Tín tức trên đây là đúng sự thật theo sự hiểu biết rõ nhất của tôi. Xin đính kèm bất cứ tài liệu hoặc bằng chứng nào liên hệ.

Chữ ký của Nhân Viên

Ngày

FOR OCA USE ONLY (Dành Riêng Cho OCA)	
Compliance Officer: _____	Date Received: _____
City Department: _____	Contract Number: _____

Xin điền đơn này và gửi lại về địa chỉ ghi trên