



CITY AND COUNTY OF SAN FRANCISCO
Office of Contract Administration
Living Wage/Living Health Division
1 Dr. Carlton B. Goodlett Place, City Hall, Room 430
San Francisco, CA 94102
Phone: (415) 554-6214 – Fax: (415) 554-4337

ФОРМА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ДЛЯ ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ

Пожалуйста, аккуратно заполните печатными буквами и пошлите заполненную форму по адресу, указанному выше.

Название компании: _____
 Адрес компании: _____
 № телефона компании: _____
 Адрес места работы: _____
 Имя супервайзера: _____
 Городской отдел, заключивший контракт с компанией (если Вам известно): _____

ИНФОРМАЦИЯ О СЛУЖАЩЕМ

(Информация, указанная на этой форме, является конфиденциальной)

Ваше имя и фамилия: _____
 № дома, название улицы: _____
 Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
 Домашний телефон: _____ Рабочий телефон: _____
 Почасовая оплата \$ _____ Сверхурочная почасовая оплата \$ _____
 Количество оплаченных нерабочих дней _____ Количество неоплаченных нерабочих дней _____
 Работаете ли Вы полный рабочий день? _____ Если нет, сколько часов в неделю Вы работаете? _____
 Получаете ли Вы медицинские льготы? _____ Платите ли Вы за них? _____
 Если да, сколько Вы платите за медицинские льготы? _____
 Как долго Вы работаете в этой компании? _____
 Жалоба служащего (используйте обратную сторону этой формы, если здесь недостаточно места):

Информация, указанная выше, правдива и верна, насколько мне известно. Пожалуйста, приложите любые относящиеся к жалобе документы или доказательства.

 Подпись служащего

 Дата

FOR OCA USE ONLY	
Compliance Officer: _____	Date Received: _____
City Department: _____	Contract Number: _____

Пожалуйста, полностью заполните эту форму и пошлите по адресу, указанному выше.