



**San Francisco Office of Labor Standards Enforcement
Formulario De Entrevista Del Empleado
Salario Minimo / Ausencia Por Enfermedad Pagada**

Envíe este formulario por correo electrónico a: mwo@sfgov.org o psl@sfgov.org o por correo a: OLSE, City Hall
Room 430, 1 Dr. Carlton B. Goodlett Place, San Francisco, CA 94102.
Si tiene preguntas, llame al: Salario Mínimo 415-554-6292/Licencia por Enfermedad Pagada 415-554-6271

| Nombre del Negocio & Dirección: | | | |
|---|---|--|--|
| Nombre del Negocio & Dirección: | | Dirección de otro Negocios: | |
| Nombre del Dueño & Numero de Teléfono: | | Nombre del Manager/Supervisor & Numero de Teléfono: | |
| INFORMACION DEL TRABAJADOR | | | |
| Nombre: | Número de teléfono (Cell): | Correo Electrónico: | |
| Dirección: | | Deberes Laborales: | |
| Fecha de Contrato: | ¿Cuántas horas trabaja por día? | ¿Cuántos días trabaja por semana? | ¿Cuántas horas por semana? |
| ¿Le pagan? <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual | | Tarifa de Pago: \$ _____ ¿Algún cambio en los últimos 3 años? Por favor haga una lista de las tarifas y las fechas. | ¿Como le pagan? <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo |
| ¿Ha llamado por enfermedad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | ¿Le paragon? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Registra su hora de entrada y salida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tarjeta de tiempo <input type="checkbox"/> Computadora <input type="checkbox"/> Shoja para firmar | | ¿Tiene colilla de cheques/o su propio registro de horas trabajadas? (cuaderno o calendario) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Le han pagado todas las horas trabajadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Recibe pago de sobretiempo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Ha tomado tiempo sin goce de sueldo o vacaciones sin pago? <input type="checkbox"/> Si ¿Cuándo?__ <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tiene comentarios o más quejas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si dice si, explique. | | | |
| ¿Tienes algo más que agregar? | | | |

Firma del Trabajador: _____ Fecha: _____

Nombre del Entrevistador: _____ Fecha/Lugar de la Entrevista: _____