



**CITY OF LOS ANGELES
FORMULARIO DE QUEJAS PARA EMPLEADOS BAJO
CONTRATISTAS**

Llene el formulario, firme y envíe a:

BCA.EEOE@LACITY.ORG

Para mas información: <https://bca.lacity.gov>

Sus datos se mantendrán confidencial en la medida permisible por la ley. Durante la investigación, la Oficina de Conformidad de Contratos (OCC) mantendrá la confidencialidad en la medida permitida por leyes aplicables.

Marque la(s) caja(s) correspondientes (abajo) para la(s) Ordenanza(s)/Programa(s) por las que usted desea reclamar.

Living Wage Ordinance Equal Benefits Ordinance Affirmative Action/Equal Employment Worker Retention Ordinance

Su Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Email: _____

Número de teléfono: Residencia _____ Trabajo: _____

Inspector/Gerente: _____

Nombre de la Compañía: _____

Dirección de la Compañía: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de Teléfono de la Compañía: _____

Sitio de trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Departamento de la Ciudad que otorga el contrato (si lo sabe): _____

Título de Trabajo: _____ ¿Pertenece a un sindicato? Sí No

Sueldo por hora: \$ _____ Sueldo por horas extras: \$ _____

¿Recibe beneficios médicos? Sí No ¿Cuánto paga Ud. por estos beneficios? \$ _____

Quejas (Sea lo más detallado. Use la página siguiente si requiere más espacio):

Firmando abajo, certifico que la información proporcionada en este documento es verídica y correcta.

Firma del empleado

Fecha

