

**Borrador\_1**

**ORDENANZA - SALARIO DIGNO**  
**(Capítulo Número 50 de las Ordenanzas Generales de la Ciudad de Syracuse)**

**Formulario De Queja Para El Trabajador - Ordenanza de Salario Digno**

1. Nombre \_\_\_\_\_  
(Por favor provea su nombre completo en letra de bloque)
- 2a. Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ver el No. 11 para solicitar que notificación sea dirigida a otra dirección)
- 2b. Teléfono \_\_\_\_\_
- 3a. Nombre del Contrato de Servicio de la Ciudad \_\_\_\_\_  
(Por ejemplo: parqueo o estacionamiento público, transportación, etc.)
- 3b. Por favor especifique el número del contrato si es conocido \_\_\_\_\_
4. Sitio o lugar de trabajo \_\_\_\_\_  
(Por ejemplo: garaje de parqueo o estacionamiento público, ruta de autobús o tipo de servicio de transporte público)
5. Nombre del sitio o entidad de empleo (Empleador)
- \_\_\_\_\_  
(Nombre)
- \_\_\_\_\_  
(Dirección)
- \_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono)

6a. Fechas de servicio bajo el contrato con la ciudad:

Fecha de comienzo: \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

Fecha cuando terminado: \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

6b. Numero total de días y horas trabajadas en contrato de servicio de la ciudad  
Días: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_

6c. Numero total de horas trabajadas por semana bajo contrato de servicio de la ciudad \_\_\_\_\_

6d. Número de horas sujetas a su queja: \_\_\_\_\_

7. Tarifa de salario o sueldo por hora estipulado en el servicio de contrato de la ciudad \_\_\_\_\_

8. ¿Está usted cubierto bajo seguro contra enfermedad en su trabajo?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si usted recibe beneficios de seguro de enfermedad por favor de proveer el nombre del la compañía de seguro: \_\_\_\_\_  
(Por ejemplo: Excellus)

9. Por favor seleccione todas las categorías aplicable a su queja:

\_\_\_\_\_ Falta de pago de salario mínimo vital

\_\_\_\_\_ Falta de proveer cobertura de seguro contra enfermedad

\_\_\_\_\_ Falta de proveer días libres con compensación

\_\_\_\_\_ Cambio de título de empleo o trabajo

\_\_\_\_\_

**Retaliación**

\_\_\_\_\_

**Discriminación**

\_\_\_\_\_

**Falta de informar o publicar adecuadamente las tarifas del salario digno**

10. Por favor provea en detalle adjunto a esta solicitud cada categoría elegida en el No 9. de esta solicitud. (Por favor de detallar por separado cada categoría).