

Direct any correspondence to / Dirida toda correspondencia a:  
LABOR COMMISSIONER, STATE OF CALIFORNIA



**DISCRIMINATION COMPLAINT  
QUEJA DE DISCRIMINACION**

TAKEN BY	DATE	OFFICE
VIOLATION OF SECTION		NAME OF CODE
ASSIGNED INVESTIGATOR		CASE NUMBER

PLEASE PRINT ALL INFORMATION/FAVOR DE IMPRIMIR TODA INFORMACION

NAME/NOMBRE		HOME TELEPHONE NO. TELEFONO DE CASA	CURRENT WORK PHONE NO. TELEFONO DE TRABAJO
YOUR ADDRESS-NUMBER AND STREET, APARTMENT OR SPACE NUMBER, CITY, ZIP CODE DOMICILIO, NUMERO DE CALLE, APARTAMENTO. O NUMERO DE ESPACIO, CIUDAD, ZONA POSTAL			
SEX/SEXO	SOCIAL SECURITY /NO. SEGURO SOCIAL	CALIFORNIA DRIVER LICENSE NO. NUMERO DE LICENCIA DE MANEJAR	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO
NAME OF BUSINESS/NOMBRE DEL NOGOCIO		EMPLOYER'S NAME NOMBRE DE PATRON	<input type="checkbox"/> CORPORATION <input type="checkbox"/> CORPORACION <input type="checkbox"/> PARTNERSHIP <input type="checkbox"/> SOCIEDAD <input type="checkbox"/> SOLE OWNER <input type="checkbox"/> DUENO SOLO
ADDRESS OF BUSINESS- NUMBER AND STREET, CITY, ZIP CODE DIRECCION DE NEGOCIO, NUMERO, CIUDAD, ZONA POSTAL			TELEPHONE NUMBER/TELEFONO
ADDRESS WHERE YOU WORKED IF DIFFERENT THAN ABOVE/DIRECCION DE TRABAJO SI ES DIFERENTE			DATE OF HIRE? FECHA DE CONTRATA?
YOUR DEPARTMENT AND JOB TITLE SECCION DEL TRABAJO Y TITULO		RATE OF PAY CADENCIA DE PAGO \$ _____ PER HR./HORA	NUMBER OF HOURS WORKED? PROMEDIO DE HORAS TRABAJADOS <input type="checkbox"/> PER DAY/DIA <input type="checkbox"/> PER WEEK/SEMANA
NAME OF SUPERVISOR/NOMBRE DE SUPERVISOR		TYPE OF BUSINESS/TIPO DE NEGOCIO	ESTIMATED NO. OF EMPLOYEES ESTIMO DE NUMERO DE EMPLEADOS
WAS YOUR JOB UNION/EL TRABAJO ERA DE UNION?		IF YES NAME AND ADDRESS OF UNION? SI, SI NOMBRE Y DIRRECCION DE UNION?	TELEPHONE/TELEFONO
WERE YOU DISCHARGED? ESTABA USTED DESPEDIDO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IF YES-DATE SI, SI-FECHA	BY WHOM? NAME AND TITLE NOMBRE Y TITULO DE LA PERSONA QUE NOTIFICO?	ARE YOU STILL WORKING FOR THIS EMPLOYER? SIGUE UD. TODAVIA TRABAJANDO PARA ESTE PATRON? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DID YOU NOTIFY YOUR EMPLOYER OF INTENTION TO FILE A CLAIM WITH THE LABOR COMMISSIONER? NOTIFICO AL PATRON DE SU INTENCION DE ARCHIVAR UNA DEMANDA CON EL COMISARIODE LABOR? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		IF YES-DATE SI, SI-FECHA	NAME AND TITLE OF PERSON NOTIFIED? NOMBRE Y TITULO DE LA PERSONA QUE NOTIFICO?
DID YOU FILE A SAFETY COMPLAINT? ARCHIVO UNA QUEJA DE LA SEGURIDAD? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		IF YES-DATE SI, SI-FECHA	WITH WHOM-NAME AND ADDRESS? NOMBRE Y TITULO DE LA PERSONA QUE NOTIFICO?
DID YOU NOTIFY OSHA? ARCHIVO CON OSHA?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IF YES-DATE SI, SI-FECHA	WHICH OFFICE?/CUAL OFFICINA?
NAME AND TITLE OF PERSON(S) YOU BELIEVE DISCRIMINATED AGAINST YOU? NOMBRE Y TITULO DE LA PERSONA QUE CREE DIFERENCIARON CONTRA USTD?			
WHAT REMEDY ARE YOU SEEKING THROUGH THIS DIVISION? EL REMEDIO QUE USTED BUSCA POR ESTA DIVISION?			
HAVE YOU FILED WITH ANY OTHER GROUP OR AGENCY? ARCHIVO CON CUALQUIER OTRO GRUPO O AGENCIA?		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHICH OFFICE?/SI, SI CUAL OFFICINA?
ARE YOU BEING REPRESENTED BY AN ATTORNEY?/ESTA USTED REPRESENTADO POR UN ABOGADO?		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NAME/NOMBRE	ADDRESS/DIRECCION	TELEPHONE/TELEFONO	

LIST NAME, JOB TITLES AND TELEPHONE NUMBER (IF POSSIBLE) OF WITNESSES, CO-WORKERS OR THOSE YOU FEEL COULD PROVIDE EVIDENCE IN YOUR SUPPORT TO THE ACTS YOU ARE COMPLAINING ABOUT. USE ADDITIONAL SHEETS.

NOMBRES, TITULAS, Y NUMEROS DEL TELEFONO DE PERSONAS QUE PODRAN PROPORCIONAR EVIDENCIA EN SO FAVOR DE LOS ACTOS QUE CREEES DIFERENCIARON CONTRA USTED. USE HOJAS ADICIONALES. [OVER]

