

Employee Complaint Form Formulario de Quejas

COMPANY INFORMATION

INFORMACION SOBRE LA COMPANIA

Company Name:

Nombre de la Compania:

Company Address:

Direccion de la Compania:

Company Phone:

Telefono de la Compania:

Work Site Address:

Sitio de Trabajo:

Supervisor Name:

SupervisorGerente:

EMPLOYEE INFORMATION

INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO

Your Name:

Su Nombre:

Social Security Number:

Numero de Seguro Social:

Address:

Direccion:

Phone Number

Numero de telefono

Home:

Residencia:

Work:

Trabajo:

Cell phone:

Telefono celular:

Hourly Rate Paid:

Sueldo por hora:

Overtime Rate Paid:

Sueldo por horas extra?

Current Job title::

Puesto:

How long have you worked for this company:

¿Cuanto tiempo ha trabajado para esta compania?

If yes, how much do you pay for your benefits?

¿Si si, cuanto le hacen pagar por sus beneficios medicos?

EMPLOYEE COMPLAINT

QUEJA DEL EMPLEADO

Use reverse side if needed
Use el reverso si requiere de mas espacio

Signature | *Firma de Empleado*

Date | *Fecha*