STATE OF CALIFORNIA - DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS
DIVISION OF LABOR STANDARDS ENFORCEMENT
BUREAU OF FIELD ENFORCEMENT
STATE LABOR COMMISSIONER

FOR OFFICE USE ONLY – NO ESCRIBA EN ESTA SECCION		
Taken by	BOFE	
Date filed	Action	SIC Number

Initial Report or Complaint/ Reporte Inicial O Reclamo

PLEASE PRINT ALL INFORMATION / POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE TODA LA INFORMACIÓN

Your name / Su nombre	Interpreter needed Interprete requerido ☐ Yes/Si ☐ No	If interpreter needed, what language?/Si necesita un interprete, que idioma?
Your address – Number and street, apartment or space no./ Su domicilio – No. y calle, apartamento o no. de espacio		Home phone no. Teléfono - casa ( )
City, State, Zip Code / Ciudad, Zona Postal	Work phone no. / current No. de teléfono de su trabajo actual ( )	

AGAINST / EN CONTRA

Name of business / Nombre del negocio Employer's vehicle license no./Numero de licencia del vehículo del empleador:_____	☐ Corporation / ☐ Sociedad anonima ☐ Sole owner / ☐ Propietario ☐ Partnership / ☐ Sociedad ☐ LLC-LLP / ☐ LLC-LLP ☐ Bankruptcy / ☐ Bancarrota ☐ Business sold / ☐ Negocio vendido ☐ Business closed / ☐ Negocio cerrado
Address of business, City, State, Zip Code / Dirección del negocio, Ciudad, Zona Postal	

Name and title of person in charge / Nombre y titulo de la persona a cargo	No. of employees / No. de empleados	Are minors employed? / Hay menores de edad empleados? ☐ Yes/Si ☐ No	If so, how many? / Si es si, Cuantos?
Location where work performed - Number. and Street , City , County, Zip Code / Lugar donde trabajó - No. de Calle, Ciudad, Condado, Zona Postal		Public Works Project? ¿Proyecto de Obras Públicas? ☐ Yes/Si ☐ No	Was your job union? ¿Pertenecía Ud. a un sindicato? ☐ Yes/Si ☐ No

CONDITIONS OF EMPLOYMENT / CONDICIONES DE EMPLEO

What are the employer's scheduled pay days? / ¿Cuales son los dias de pago programados?	Are you required to record the hours worked?/ ¿Esta usted requerido a anotar los horas trabajadas ? ☐ Yes/Si ☐ No	Does the employer record the hours worked?/ ¿Anota su empleador las horas trabajadas ? ☐ Yes/Si ☐ No
How many hours were you scheduled to work in a workday? / ¿Cuantas horas estaba usted previsto a trabajar en un dia de trabajo?	How many hours were you scheduled to work in a workweek? / ¿Cuantas hors estaba usted previsto a trabajar en un semana de trabajo?	Paid Overtime?/ ¿Le pagaban el sobretiempo? ☐ Yes/Si ☐No
How were you paid?/¿Cómo le pagaban? ☐ By check / con cheque ☐ In cash / en efectivo	Given an itemized deduction slip ? ¿Le dierón un talón detallado de deducciones? ☐ Yes/Si ☐ No	Did you keep a record of hours worked ? / ¿Tiene registro de las horas trabajadas? ☐ Yes/Si ☐ No
Do you receive rest periods? / ¿Recibio usted tiempo de descansos ? ☐Yes/Si ☐ No If so, how many and length of each rest period./ Si es asi, cuantos y longitud de cada periodo de descanso.	Do you receive a meal period? / ¿ Recibio usted un periodo de almuerzo ? ☐Yes/Si ☐ No If so, how much time are you given ? / ¿ Si es asi, cuanto teimpo le dieron ?	
Are you still working for this employer? ¿Aún sigue trabajando para este patrón? ☐Yes/Si ☐ No	☐ Discharged/ Despedido ☐ Quit/ Renuncié	**May your name be used in an investigation? / ¿ Puede su nombre ser usado en una investigacion ?** ☐ Yes/Si ☐ No

EXPLAIN BRIEFLY THE REASON FOR THIS COMPLAINT (use additional sheet if necessary)
EXPLIQUE BREVEMENTE LA RAZON DE ESTE RECLAMO (use papel adicional se es necesario)

I hereby certify that this is a true statement to the best of my knowledge/Por el presente, que esta es una declaración verídica conforme a mi conocimiento.

Signed: _____ Date: _____

DO NOT WRITE ON THIS SIDE - ***For Office Use Only***

Claimant :	Against :	Action Number	
Address :	Address :	Docket Date	Date Closed
		DATE (S) CLAIM RECEIVED	
Address change as of :	Address change as of:		

RECORD OF RECEIPTS				**RECORD OF PAYMENTS TO CLAIMANT**			
Date Received	Check, Cash, Etc.	Receipt Number	Amount	Division Check Number	Date Paid	Balance Due	Signature / Remarks

CONFERENCE: DATES			**PEND: DATES**				