PRINT CLEAR

STATE OF CALIFORNIA
DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS
DIVISION OF LABOR STANDARDS ENFORCEMENT
PUBLIC WORKS UNIT

FOR OFFICE USE ONLY /EXCLUSIVO USO OFICIAL	
Proceeding Number	Action
Date Taken	Taken By

PUBLIC WORKS – INITIAL REPORT /OBRAS PUBLICAS-INFORME INICIAL

The Following information is important and must be provided. /La siguiente información es importante y deberá proporcionarse

Please Print / Por favor escriba con Letra de Molde

Last Name Apellido	First Name Nombre	Initial Inicial	Social Security No. Número de Seguro Social	No. of Tax Exemptions No. de Exenciones Fiscales	
Your Address No. and Street, Apt or Space No. Su Domicilio, Número, Calle, Apartamento o Número de Espacio			City Ciudad	State Estado	Zip Código Postal
Home Tel. No. Teléfono de Casa	Work Tel. No. Teléfono de Trabajo		California Driver License No. No. de Licencia de Conducir de California	Date of Birth Fecha de Nacimiento	
Project Name / Nombre del Proyecto					
Location of Project Address, City, County / Ubicación del Proyecto Dirección, Ciudad, Condado					

AGAINST / EN CONTRA DE

NOTE: A separate form must be completed for each project in which you are alleging a violation of prevailing wages.
NOTA: Deberá llenar un formulario por cada proyecto en el que usted esté denunciando una violación a las tarifas imperantes

Name of Business / Nombre del Negocio	Contractor's Lic. No./ No. de Lic. de Contratista
Address of Business (include zip code) / Domicilio del Negocio (incluya el código postal)	Business Tel. No. / Teléfono del Negocio
Name of Person in Charge / Nombre del (la) Encargado(a)	Title / Puesto

AWARDING BODY / DEPENDENCIA ADJUDICADORA

Awarding Body (name of public agency) / Dependencia Adjudicadora (nombre de la dependencia pública)	Contact Person / Contacto	Phone Number /Teléfono
Address / Dirección	Date project began /Fecha de inicio del proyecto	Proposed final date / Fecha de terminacón propuesta

GENERAL CONTRACTOR / CONTRATISTA GENERAL

General Contractor / Contratista General	Contact Person / Contacto	Phone Number / Teléfono
Address / Domicilio		

Brief explanation of issues. (Use additional Sheet if necessary.) / Explicación breve de los puntos en cuestión (Utilice una Página adicional si es necesario).

PLEASE CONTINUE TO THE OTHER SIDE OF THE FORM AND ANSWER ALL QUESTIONS.
POR FAVOR CONTINUE DEL OTRO LADO DEL FORMULARIO Y RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS.

¿Cuál era la clasificación de su trabajo?

¿Cuáles eran sus obligaciones diarias?

¿Qué herramientas y equipo utilizaba?

¿Recibía usted pagos por gastos de viaje y subsistencia? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Cómo le pagaban? ☐ **Cheque** ☐ **Efectivo**

¿Le daban talón de cheque? ☐ **Sí** ☐ **No**

Tarifa de pago en este proyecto (especifique)

¿Pagaban tiempo extra? ☐ **Sí** ☐ **No**

Fechas en que usted trabajó en este proyecto. De **A**

¿Todavía trabaja para este contratista? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Su patrón llevaba registros de tiempo y nómina? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Quién tiene estos registros?

¿Llevaba usted una cuenta precisa de sus horas de trabajo? ☐ **Sí** ☐ **No**

Dé un cálculo del número de trabajadores a quienes no les pagaron las tarifas de sueldos imperantes en este proyecto.

¿Puede usted dar los nombres, domicilios y tipo de trabajo de otros trabajadores? Si es así, escriba sus nombres abajo.

	Nombre	Domicilio	Tipo de Trabajo
1.			
2.			
3.			

Por este medio certifico que lo que aquí declaro es verdad a mi leal saber y entender.

PUEDE USARSE MI NOMBRE EN ESTA INVESTIGACION. ☐ **Sí** ☐ **No**

FIRMA _____ FECHA _____