



City of Santa Fe Living Wage Ordinance

Living Wage Ordinance Complaint Form

Forma de Queja de la Ordenanza del Salario Mínimo

A. Identifying Information/Información Identificativa

Name/Nombre	
Address/Dirección	
Date of Complaint/Fecha de Queja	
Phone Number/Numero de Teléfono	

B. Employer Information/Información de su Empleador

Name of Employer/Nombre de Empleador	
Address of Employer/Dirección de Empleador	
Type of Business/Tipo de Negocio	
Employer's Phone Number/Numero de Teléfono de Empleador	

C. Allegations/Alegaciones

Job title/Título profesional	
Hire Date/Fecha de Contratación	
Salary/Salario	
Date of Last Paycheck/Fecha de su último cheque de pago	
Date of Last Pay Period/Fecha de su Último Periodo de Pago	

D. Narrative (provide a brief description of your complaint)/Narrativa (proporcione una breve descripción de su queja)

--

Complainant's signature/Firma del Querellante	
Date/Fecha:	Time/Hora:
City's Staff's signature/Firma del representante de la ciudad de Santa Fe	
Date/Fecha:	Time/Hora:

WHEN COMPLETE PLEASE PRESS THE SUBMIT BUTTON TO FORWARD TO CONSTITUENT SERVICES 