

EMPLOYEE INTERVIEW FORM/FORMULARIO DE ENTREVISTA DEL TRABAJADOR
Minimum Wage - Salario Mínimo / Paid Sick Leave - Licencia por horas de enfermedad pagada

Date / Fecha	FOR OFFICE USE ONLY / PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE CASE #
First name / Nombre Last name / Apellido	Business name / Nombre del negocio
Your phone #/ Su número de teléfono	Owner's name and phone # / Nombre del dueño y # de teléfono
Your address / Su domicilio	Business address / Dirección del negocio
Your email address / su correo electrónico	Date of hire / Fecha de contratación
Place of the interview / Lugar de la entrevista	Do you still work for this employer?/¿Trabaja todavía para este empleador? Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If no, when was your last day of work? Si dijo no, ¿cuándo fue su último día de trabajo?
Job title / Puesto de trabajo.	What day do you get paid? ¿Cuál es el día de pago?
Are you paid? / ¿Le pagan? Daily/Diario <input type="checkbox"/> Weekly/Semanal <input type="checkbox"/> Biweekly/cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semi-Monthly/Quincenal <input type="checkbox"/> Monthly/mensual <input type="checkbox"/>	Pay rate /Tarifa de pago \$ _____ Any changes in last 3 years? List the rates and dates/ ¿Algún cambio en los últimos 3 años? Anote los tarifas y las fechas
Have you been paid for all hours worked?/¿Le han pagado todas las horas trabajadas? Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/no estoy seguro <input type="checkbox"/>	How are you paid? / ¿Cómo le pagan? Check/Cheque <input type="checkbox"/> \$ _____ Cash/Efectivo <input type="checkbox"/> \$ _____
Do you have paystubs or receipts of cash payments? /¿Tiene talones de cheque o recibos de pago en efectivo? Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Are you paid over time rate? (over time is when you work more than 8 hours a day or over 40 in a week) / Le han pagado tarifa de horas extras? (horas extras es cuando trabaja más de 8 horas al día o más 40 por semana) Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>Have you call in sick? / ¿Ha llamado enfermo? Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Were you paid? / ¿Le han pagado? Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>(Sick leave can be used for illness, medical appointment or to take care for a family member / la licencia por enfermedad puede ser usado for enfermedad, citas médicas o para cuidar a un familiar)</p> <p>Please list your sick time that was not paid/ por favor anote su tiempo de enfermedad que no fue pagado</p>	
<p>Starting date of the following schedule / Fecha de comienzo del siguiente horario _____</p> <p>Current Schedule-Horario presente:</p> <p>Mon/Lunes _____ to _____</p> <p>Tues/Martes _____ to _____</p> <p>Wed/Miércoles _____ to _____</p> <p>Thurs/Jueves _____ to _____</p> <p>Fri/Viernes _____ to _____</p> <p>Sat/Sabado _____ to _____</p> <p>Sun/Domingo _____ to _____</p> <p>How many hours per week do you work? / ¿cuántas horas por semana trabaja?</p>	<p>Starting and ending date of the following schedule / fecha de comienzo y cuando terminó el siguiente horario _____</p> <p>Previous Schedule (if any) -Horario Anterior :</p> <p>Mon/Lunes _____ to _____</p> <p>Tues/Martes _____ to _____</p> <p>Wed/Miércoles _____ to _____</p> <p>Thurs/Jueves _____ to _____</p> <p>Fri/Viernes _____ to _____</p> <p>Sat/Sabado _____ to _____</p> <p>Sun/Domingo _____ to _____</p>

Does your employer provide you with meal breaks? / <i>¿Le provee su patrón tiempo para almorzar?</i> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, for how long? / <i>Si dijo si, ¿cuánto duran?</i>		Does this employer provide you with any other breaks? / <i>¿Le provee su patrón otros periodos de descanso?</i> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, for how long? / <i>Si dijo si, ¿cuánto duran?</i>	
Do you record your start and end time? / <i>¿Registra su hora de entrada y salida?</i> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Timecard/tarjeta <input type="checkbox"/> Computer/computadora <input type="checkbox"/> Sign in sheet / <i>firma hoja</i> <input type="checkbox"/>		Do you have your own records of the hours you worked? (i.e. in a notebook or calendar) <i>¿Tiene su propio registro de sus horas trabajadas? (en un cuaderno o calendario)</i> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Does your employer provide health care? / <i>¿Le provee su empleador cuidado de la salud?</i> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, what kind? / <i>si dijo si, ¿que tipo?</i>		Who hired you? / <i>¿Quién lo contrató?</i>	
Supervisor 's name / <i>Nombre del Supervisor</i>	Who sets your schedule? / <i>¿Quién establece su horario?</i>	Number of employees? / <i>Número de trabajadores</i>	
Name of your co-workers and their phone # / <i>Nombre de sus compañeros de trabajo y sus # de telefono.</i>			
List Holidays or other dates when this business is closed/ <i>Anote los días festivos u otras fechas cuanto este negocio está cerrado.</i>		Have you taken unpaid leave (vacation without pay)? / <i>¿Ha tomado tiempo no pagado (vacación sin goze de sueldo)?</i> Yes/Si <input type="checkbox"/> When? <i>¿Cuándo?</i> _____ No <input type="checkbox"/>	
Do you have any witnesses (list their names and phone numbers) or other evidence? <i>¿Tiene algunos testigos (anote los nombres y números de teléfono) o alguna otra evidencia?</i>			
Do you have anything to add? / <i>¿Tiene algo más que agregar?</i>			
Employee signature _____ <i>Firma del empleado</i>		Date/Fecha _____	
Interviewer Name and Org. _____		Date/Fecha _____	