

510 State Street, Suite 265
Santa Barbara, California 93101

TEL: (805) 845-9630 · FAX: (805) 845-9634

www.adamsemploymentlaw.com

POTENCIAL DE NUEVO CLIENTE Y FORMA DE INFORMACION

Nombre: _____

Dirección (por favor incluya ciudad, estado y código postal):

Teléfono de la casa:

Teléfono celular : _____

_____ Email: _____

A cual numero de telefono y a cual horario es el mejor para contactarlo?

¿Cómo se enteró de nosotros?

Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

Dirección del empleador y número de teléfono:

La fecha en que fueron contratados? _____

Fecha de la última vez que trabajó para ese empleador ? _____

Lo descansaron o fue terminado de su posición? _____

¿Qué razón le dio para su terminación?

¿Cuál era su puesto de trabajo? _____

¿Cuáles eran sus responsabilidades de trabajo? _____

¿Cuál era su salario? _____

¿Tiene un contrato por escrito para el empleo con su empleador? Yes No

Fue miembro de la unión, mientras que trabajando para este empleador? Yes No

¿Alguna vez se trabaja más de 8 horas diarias o 40 horas por semana y no se les paga horas extras? Yes No

¿Tenía permitido de tomar un descanso de 10 minutos cada 4 horas de trabajo? Yes No

¿Se le permite tomar un ininterrumpido almuerzo de 30 minutos durante su turno de trabajo? Yes No

¿Ha presentado una queja con respecto a sus salarios con el Comisionado del Trabajo? Yes No

Si es así, ¿cuándo?

Sabes de otras personas que trabajan con usted y se quejan por que tambien se les nego sus almuerzo? Yes No

Si es así, ¿cuál es su nombre y número de teléfono?

¿Cuántos empleados de tiempo completo en el lugar de trabajo? _____

¿Fue su interrupción voluntaria? Yes No

¿Crees que fueron despedidos injustamente? Yes No

¿Por qué usted cree que su despido fue injusto?



¿Fue usted víctima de alguno de los siguientes?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acoso Sexual | <input type="checkbox"/> Discriminación Médico |
| <input type="checkbox"/> Discriminación por Origen Nacional | <input type="checkbox"/> Discriminación por Orientación Sexual |
| <input type="checkbox"/> Discriminación de Género | <input type="checkbox"/> La denegación de la licencia médica o familiar |
| <input type="checkbox"/> Discriminación por Embarazo | |

¿Cuál es el nombre y título de la persona que usted cree discriminado o acosado usted?

¿Hubo testigos al tratamiento que se queja hoy?

¿Había alguien más también discriminado o acosado base en lo anterior?

Alguna vez se quejo a su empleador de cómo estaban siendo tratados en el trabajo?y

¿Qué sucedió después de que se quejó?

¿Cuál fue la última fecha en que fueron acosados o discriminados?

¿Ha presentado una queja formal ante el Departamento de Igualdad en el Empleo y Vivienda o la EEOC con respecto a sus reclamos?

Si es así, ¿cuándo?

¿Ha recibido un "derecho a demandar" carta de una agencia de gobierno?

Durante el tiempo de su trabajo se dio cuenta de que su empleador tenía una conducta que creía que era injusta o ilegal?

¿Se nego a participar en esa conducta?

¿Se quejo de la conducta?

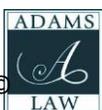
¿Qué sucedió después de que se quejó?

¿Has encontrado un nuevo trabajo?

¿Quién es tu patrón hoy?

¿Cuál es su de pago hoy?

¿Cuál es su puesto de trabajo actual y los deberes del trabajo?



Si hay alguna información adicional que le gustaría ofrecer, por favor siéntase libre de utilizar este espacio para hacerlo:

Si usted tiene todos los documentos escritos o declaraciones de testigos con respecto a sus reclamos, por favor, envíe los documentos por fax al (805) 845- 9634. o por correo electrónico:
PNCEvaluation@adamsemploymentlaw.com.

Gracias por contactar Adams Law con respecto a sus reclamos legales o preguntas. Valoramos a cada cliente potencial que nos contacta y haremos los arreglos necesarios o hablar con usted cuando sea conveniente, incluyendo los sábados. Tenga en cuenta, que Adams Lay no es su asesor legal hasta que haya un acuerdo de pago firmado entre usted y la empresa. Al enviar este formulario, usted está pidiendo que evaluemos si usted tiene un reclamo válido. Aun no hemos accedido a actuar como su asesor legal.

Se requiere que usted reconozca que entiende que Adams Lay no es su representante legal y no se ha llevado a cabo para que lo represente sólo por la presentación de esta hoja informativa. Por favor, su firma y fecha a continuación.

Firma:

Fecha:

Nombre impreso:



