

DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS

Office of the Director

1515 Clay Street, 17th Floor

Oakland, CA 94612

Tel: (510) 286-7087 Fax: (510) 622-3265



**Piece Rate Worker Check Request Form –
Solicitud del cheque para trabajadores por contrato**

Please complete, sign and date this form and make sure all information is correct and clearly written. Keep a copy of the form for your records. Send the form by mail, email or fax to:

Por favor, complete, firme, y ponga la fecha en este formulario y asegurarse que toda la información este correcta y escrita con claridad. Mantenga una copia para sus archivos. Mande el formulario por correo, correo electrónico o fax a:

Department of Industrial Relations

Email: **AB1513@dir.ca.gov****AB 1513 Application****1515 Clay St., 17th Floor**

Fax:

Oakland, CA 94612**(510) 622-3265**

Name/ Nombre: _____

(Please Print/ Favor de escribir en letra de molde)

Address/ Domicilio: _____

City/ Ciudad: _____

State/ Estado: _____

Zip Code/ Código postal: _____

Telephone Number/ Número de teléfono: _____

Name of Employer between July 2012 and December 2015/ Nombre De su Empleador entre julio del 2012 a diciembre del 2015: _____

Tax ID number or last 4 digits of social security number/ Número de identificación de impuestos (ITIN) o los últimos cuatro números de su seguro social: _____

Signature/ Firma: _____
(print and sign the form / imprime y firme el formulario)

Date/ Fecha: _____