

BORRAR

IMPRIMIR

Informe o Reclamo Inicial	PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE		
	Recibido por:	Caso #:	Presentado en la fecha:

Este reclamo está relacionado con la clasificación errónea que hizo su empleador de usted como contratista independiente en lugar de empleado? NO SI

PREGUNTAS PRELIMINARES

1. ¿Su reclamo se trata de una obra pública? Si su respuesta es "Sí", DETÉNGASE AQUÍ. NO COMPLETE ESTE FORMULARIO. Complete el formulario de reclamo "PW-1". Si su respuesta es "NO" continúe con este formulario.
2. ¿Ha completado una denuncia de represalia contra su empleador con el Comisionado Laboral? <input type="checkbox"/> Sí, en: _____ / _____ / _____ Mes Día Año <input type="checkbox"/> NO Si tomaron represalias contra usted, puede presentar una denuncia por represalia con el formulario, "FORMULARIO DLSE 205".
3. ¿Hay un contrato sindical que proteja su empleo? <input type="checkbox"/> Sí Si su respuesta es "Sí," adjunte una copia del contrato sindical / convenio colectivo vigente. <input type="checkbox"/> NO
4. ¿Hay otros empleados que vayan a presentar demandas salariales contra su empleador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SÉ

Parte 1: ASISTENCIA CON EL IDIOMA & REPRESENTACIÓN

5. ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	5a. Si contestó que "Sí" en la pregunta 5 ingrese el idioma que necesita:
6. Si lo están asistiendo con su reclamo un abogado o un defensor, ingrese el NOMBRE DE SU ABOGADO y LA ORGANIZACIÓN	6a. TELÉFONO del ABOGADO ()
6b. La DIRECCIÓN DE SU ABOGADO (número, calle, piso, suite)	CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Parte 2: SU INFORMACIÓN

7. Su NOMBRE	8. Su APELLIDO	9. Número de TELÉFONO FIJO ()	10. Número de TELÉFONO CELULAR ()	11. FECHA de NACIMIENTO
12. Su CORREO ELECTRÓNICO		13. Contacto Alternativo – Nombre y Relación		13a. Número de Teléfono - Contacto Alternativo ()
		13b. Correo Electrónico del Contacto Alt:		
14. Su DIRECCIÓN (número, calle, número de departamento)		CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL

Parte 3: RECLAMO PRESENTADO EN CONTRA DE (INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR)

15. NOMBRE DEL EMPLEADOR y/o NEGOCIO(S)		16. NÚM. DE MATRÍCULA DEL VEHÍCULO DEL EMPLEADOR	17. Número de Teléfono EMPLEADOR ()
		18. CORREO ELECTRONICO DEL EMPLEADOR	
19. DIRECCIÓN del EMPLEADOR / NEGOCIO (número, calle, piso, suite)		CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	
20. DIRECCIÓN donde usted trabaja/trabajó, si la dirección es diferente del recuadro 19 (número, calle, piso, suite)		CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	
21. NOMBRE de la PERSONA A CARGO (nombre y apellido)	21a. PUESTO / POSICIÓN de LA PERSONA A CARGO		
22. Tipo de Negocio	23. Tipo de trabajo que Usted realizó	24. Número TOTAL de Empleados	25. ¿EL NEGOCIO SIGUE ABIERTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SÉ
26. Seleccione la opción que describe su empleador, si lo sabe:		<input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANONIMA <input type="checkbox"/> INDIVIDUO <input type="checkbox"/> SOCIEDAD <input type="checkbox"/> LLC / LLP <input type="checkbox"/> NO LO SÉ	

Parte 6: PAGO DE SALARIOS

32. ¿Le pagaron o se comprometieron a pagarle una cantidad FIJA de salario por día , sin importar cuántas horas trabajara (por ejemplo, \$400 por semana, sin importar las horas trabajadas)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Me pagaron \$ _____ por <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> por quincena <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> bimensual Se comprometieron a pagarme \$ _____ por <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> por quincena <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> bimensual	
33a. ¿Era un empleado que cobraba POR HORA ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Me pagaban \$ _____ por hora. Se comprometieron a pagarme \$ _____ por hora.	33b. Si era un empleado por HORA , ¿se le abonó o comprometieron a pagar más de un pago por hora (basado en las horas que trabajó o distintas tareas)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió "Sí", describa:
34. ¿Recibía pago por pieza ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	35. ¿Le pagaban COMISIÓN ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Parte 7 : SALARIOS, REMUNERACIÓN & SANCIONES ADEUDADAS

36. RECLAMOS (Seleccione todas las que correspondan)	PERÍODO DE RECLAMO: FECHA DE INICIO (Mes/Día/Año)	PERÍODO DE RECLAMO: FECHA DE FINALIZACIÓN (Mes/Día/Año)	CANTIDAD OBTENIDA / RECLAMADA
<input type="checkbox"/> SALARIOS REGULARES (sin horas extras) (Regular Wages)			\$
<input type="checkbox"/> SALARIO DE HORAS EXTRAS (incluido el tiempo doble) (Overtime Wages)			\$
<input type="checkbox"/> SALARIOS DE PERIODO DE COMIDA (Meal Period Wages)			\$
<input type="checkbox"/> SALARIO DE PERÍODOS DE DESCANSO (Rest Period Wages)			\$
<input type="checkbox"/> HORARIO SEPARADO COMPENSADO (Split Shift Premium)			\$
<input type="checkbox"/> PAGO POR PRESENTARSE A TRABAJAR (Reporting Time Pay)			\$
<input type="checkbox"/> COMISIONES *** (Commission Wages)			\$
<input type="checkbox"/> VACACIONES PAGADAS*** (Vacation Wages)			\$
<input type="checkbox"/> GASTOS DE NEGOCIO (Business Expenses)			\$
<input type="checkbox"/> DEDUCCIONES ILEGALES (Unlawful Deductions)			\$
<input type="checkbox"/> HORAS DE ENFERMEDAD PAGADAS (Sick Leave)			\$
<input type="checkbox"/> HORAS DE ENFERMEDAD PAGADAS – BENEFICIO SUPLEMENTARIO (Supplemental Sick Leave)			\$
<input type="checkbox"/> OTRO [proporcione una explicación por separado]			\$
INGRESE EL SUBTOTAL (agregue todos los importes obtenidos/reclamados)			\$
INGRESE EL MONTO TOTAL PAGADO:			\$
SUMA TOTAL ADEUDADA [Subtotal menos el monto total abonado]:			\$
37. Seleccione las casillas que esté reclamando: <input type="checkbox"/> Multas por retraso en los pagos [Código laboral §203] <input type="checkbox"/> Multas por cheques "rechazados" (cheques emitidos con fondos insuficientes) [Código laboral §203.1] <input type="checkbox"/> Multas por pago de salarios tardíos [Código laboral §210] <input type="checkbox"/> Daños liquidados por pago de salarios tardíos [Código laboral §1194.2] <input type="checkbox"/> Daños compensatorios por clasificación errónea intencional [Código laboral §226.8]			

Los montos reclamados están basados en mis cálculos más aproximados en este momento y pueden modificarse basados en información adicional o basado en la ayuda con mi reclamo proporcionado por DLSE.

Firma: _____

Fecha: _____

Su Nombre en Letras de Molde: _____