

Departamento de Trabajo e Industria de Virginia
División de Leyes Laboral

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE RECLAMO DE SALARIOS

POR FAVOR LEA ESTAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE

El formulario adjunto de reclamación por salarios no pagados debe completarse, imprimirse, firmarse y enviarse por correo para que se investigue su reclamación. Complete todas las áreas por completo. Si es necesario, utilice una hoja de papel separada para proporcionar información o explicación adicional. Envíe el formulario de reclamación original e incluya **copias** de todos los documentos que respaldarán su reclamación – **documentos originales no serán devueltos**. Debe poder demostrar que se le adeudan salarios impagos o deducidos indebidamente. Los formularios incompletos serán devueltos, lo que provocará un retraso en la investigación de su reclamo.

NOTA: Debe presentar su solicitud por escrito ante esta agencia dentro de los tres (3) años posteriores a la fecha cuando sus salarios estuvieron ganando.

EMPLEADOS PAGADOS POR HORA:

Si reclama un salario basado en un salario por hora, incluya las fechas, días y horas trabajadas por las cuales no se le pagó e incluya la cantidad total de salario que está reclamando. Proporcione documentación, como un talón de cheque de pago para verificar el empleo y la tarifa de pago; de lo contrario, nuestra aplicación puede ser limitada.

EMPLEADOS PAGADOS POR SALARIO:

Si reclama salarios basados en una tasa salarial, incluya la cantidad máxima de horas y días que se le requirió trabajar para recibir la tasa salarial. Proporcione documentación, como un talón de cheque de pago, para verificar que el salario o las deducciones del salario que reclama son correctos. Proporcione fechas, días y horas trabajadas por las que no se le pagó e incluya el monto total de los salarios que reclama.

EMPLEADOS PAGADOS POR LA COMISIÓN:

Indique el monto total de los salarios que reclame que se adeuda e indique cómo llegó al monto en dólares de su reclamo. Proporcione una copia de su acuerdo de comisión con su empleador. Indique lo que tuvo que hacer para ganar la comisión y bajo qué circunstancias la comisión sería exigible y pagadera si no existe un documento de comisión por escrito. Cuenta todos y cada uno de los "sorteos" que hayas recibido. Identifique cada cuenta específica para la que busca el pago de una comisión e indique el monto en dólares de la comisión que reclama para cada cuenta. Proporcione documentación, como un talón de cheque de pago, para verificar el empleo y la tasa de comisión que afirma que es correcta.

LA ACEPTACIÓN DEL ESTE FORMULARIO NO GUARANTA LA COLECCIÓN DE SALARIOS:

Tras la aceptación de su reclamo por parte del Departamento de Trabajo e Industria de Virginia, no asuma que su reclamo es válido y cobrable. En los casos en que el empleador impugne sus cargos, será SU responsabilidad proporcionar pruebas documentales del monto y la validez de su reclamo. Además, debe proporcionar el nombre completo y la dirección postal de la empresa junto con el nombre completo y la dirección del propietario o representante de la empresa. Dado que los reclamos salariales son manejados por cumplimiento individual oficiales, no proporcionamos informes de progreso periódicos. Las solicitudes de informes de progreso solo obstaculizan la pronta resolución de su reclamo. Cuando se haya tomado una determinación final, o cuando se necesite información adicional,

se le notificará. Notifique a esta oficina inmediatamente por escrito sobre cualquier cambio en su dirección, número de teléfono o si recibe un pago de su empleador. Puede comunicarse por correo postal de los EE. UU. A la dirección que figura a continuación o por correo electrónico a laborlaw@doli.virginia.gov.

PRUEBAS DIGITALES:

Si tiene evidencia digital que respalden su reclamo (archivos de PDF, capturas de pantalla, archivos audiovisuales, etc.) que **no puede** imprimir y adjuntar a este formulario, señale en el espacio en blanco en el fondo de la pagina segunda del formulario. Si el Departamento necesitar esta evidencia, un oficial de cumplimiento le la pedirá durante la investigación. **No envíe esta evidencia por la memoria USB o disco. No podemos aceptarla.**

DEFINIENDO “SALARIOS”:

Por las leyes de Virginia, “salarios” son específicamente dineros ganado por el trabajo realizado. La licencia por enfermedad, vacaciones, la licencia pagada, y la indemnización por despido son consideradas “beneficios adicionales” y el Departamento **no puede** hacerlas cumplir. **Reclamaciones por beneficios adicionales serán devueltos.** Si no le han pagado un beneficio adicional a la que cree tener derecho, puede presentar una demanda civil contra su empleado.

Puede presentar una reclamación con el Departamento o presentar una demanda civil contra su empleado pero no ambas. Si usted decide presentar una demanda civil, todos acciones de colección por parte de esta agencia suspenderán.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR PRESENTAL EL RECLAMO INICIAL POR SALARIOS IMPAGOS

Presente formularios completados solo por correo de EE. UU. ¡No se aceptan formularios enviados por fax o correo electrónico!

Envíe su formulario completado a la siguiente dirección:

**Division of Labor and Employment Law
Virginia Department of Labor and Industry
600 East Main Street, Suite 207
Richmond, Virginia 23219**

Recuerde firmar el formulario de reclamo y asegúrese de incluir la dirección completa del empleador, así como el monto total de los salarios reclamados. Incluya su dirección de correo electrónico para recibir notificaciones sobre su reclamo. Una vez que el Departamento haya recibido y procesado su formulario de reclamo, se comunicará con usted para indicarle los próximos pasos.

Claim Number: _____

For Official Use Only



**DEPARTAMENTO DE TRABAJO E INDUSTRIA DE VIRGINIA
DECLARACIÓN DE RECLAMO POR SALARIOS NO PAGADOS**

Escriba a máquina o en letra de imprenta claramente. Es posible que no podamos ayudarlo si sus respuestas están incompletas o son ilegibles.

SU NOMBRE COMPLETO: _____

SU DIRECCIÓN DE CALLE: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿CUÁL FUE SU TÍTULO DE TRABAJO? _____

FECHA DE CONTRATACIÓN: _____ FECHA DE CONCLUSIÓN: _____ ÚLTIMA FECHA REALMENTE TRABAJADA: _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR: _____

¿HA EXIGIDO EL PAGO DE LOS SALARIOS QUE RECLAMA? SÍ NO

SI ES ASÍ, ¿EN QUÉ FECHA PIDIÓ SU SALARIO? _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE NEGÓ A PAGARLE: _____

MOTIVO DADO: _____

NOMBRE DEL NEGOCIO: _____

TIPO DE NEGOCIO: _____ NÚMERO APROXIMADO DE EMPLEADOS: _____

DIRECCIÓN DE CALLE DE NEGOCIOS: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE NEGOCIOS: _____ TELÉFONO DE CASA/TELÉFONO CELULAR DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN DE CORREO COMERCIAL, SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN DE CALLE: _____

¿HICIERON NEGOCIOS BAJO ALGÚN OTRO NOMBRE(S)? SÍ NO IDENTIFICAR: _____

NOMBRE DEL PRESIDENTE O PROPIETARIO: _____ TÍTULO: _____

DIRECCIÓN DEL PRESIDENTE O PROPIETARIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

IDENTIFIQUE EL LUGAR DONDE REALIZÓ SU TRABAJO PARA ESTE NEGOCIO.

DIRECCIÓN DE CALLE: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

1. SÍ NO ¿EL NEGOCIO ESTÁ CERRADO O EN BANCARROTA?
2. SÍ NO ¿TENÍA USTED UN ACUERDO DE EMPLEO POR ESCRITO? (*Adjunte una fotocopia del cualquier acuerdo que tenga*).
3. SÍ NO ¿FUE CONTRATADO PARA TRABAJAR COMO SU CONTRATISTA O AGENTE INDEPENDIENTE?
4. SÍ NO ¿TRABAJÓ PARA ESTE NEGOCIO COMO UNA PERSONA AUTÓNOMA?
5. SÍ NO ¿ERA UN DIRECTOR COMPARATIVO, PROPIETARIO O SOCIO DEL NEGOCIO?
6. SÍ NO ¿PRESENTÓ UN CASO ANTE LA CORTE POR SALARIOS NO PAGADOS?
Si es así, indique el nombre de la corte. _____
7. SÍ NO ¿HA CONTRATADO A UN ABOGADO?
8. SÍ NO ¿EXCEPTO POR LOS IMPUESTOS, ¿SE DEDUCIÓ DINERO DE SUS SALARIOS SIN SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO?
Si es así, ¿cuánto dinero se dedujo? \$ _____
¿Cuál fue el propósito de la deducción? _____
9. SÍ NO ¿LE DIO EL NEGOCIO UN CHEQUE SIN FONDOS DE NÓMINA? (*Adjunte copias de todos los cheques sin fondos.*)
10. COMPRUEBE LO QUE SE APLICA A USTED: ASALARIADO CADA HORA COMISIONES
TARIFA DIARIA PAGADO POR EL TRABAJO O LA PIEZA
11. ¿CUÁL FUE SU TARIFA DE PAGO? \$ _____ POR _____
(Hora, Mes, Año, Pieza, Etc.)
12. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE PAGARON? _____ ¿ÚLTIMA FECHA LE PAGARON? _____
13. ¿POR QUÉ PERÍODO DE TIEMPO NO PAGÓ SUS SALARIOS? _____ POR _____
(Mes – Día – Año) (Mes – Día – Año)
14. ¿CUÁL ES LA CANTIDAD BRUTA TOTAL DE LOS SALARIOS NO PAGADOS QUE RECLAMA? \$ _____
(Cantidad "bruta" significa antes de que los impuestos se hayan restado de su salario.) Nota: Licencia por enfermedad, pagadas vacaciones, indemnizaciones por despido, viáticos y reembolsos de gastos NO son salarios. NO INCLUYA ESTOS EN LA CANTIDAD EN DÓLARES DE SU RECLAMO.
15. ¿FUE EL TRABAJO PARTE DE UN PROYECTO DE OBRAS PÚBLICA? SÍ NO
16. ¿ESTÁ USTED DICHIENDO SU TARIFA DE PAGO ESTABLECIDA FUE DEBAJO DEL SALARIO MÍNIMO DE VIRGINIA? SÍ NO

USE ESTE ESPACIO PARA MOSTRARNOS CÓMO LLEGÓ A LA CANTIDAD EN DÓLARES DE SU RECLAMO DE SALARIO. ADJUNTE COPIAS DE LOS TALONES DE CHEQUES DE NÓMINA, "CHEQUES MALOS", FORMAS FEDERAL W-2 O 1099, ACUERDOS DE EMPLEO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO DE APOYO QUE PUEDA TENER.

Juro y certifico que la información que he proporcionado al Departamento de Trabajo e Industria es verdadera y precisa, y por la presente autorizo al Departamento de Trabajo e Industria de Virginia a divulgar toda la información contenida en mi archivo de queja, a investigar mis cargos y tomar cualquier acción que considere necesaria para hacer cumplir las disposiciones de la Sección 40.1-29, Código de Virginia. Además, autorizo una fotocopia de este formulario de queja, junto con mis documentos de respaldo, para que se entregue a la empresa que he mencionado en esta queja. Entiendo que si hago una declaración falsa a sabiendas en este formulario de queja, o si hago una declaración falsa a cualquier estado miembro del Departamento de Trabajo e Industria, podría estar sujeto a una multa de hasta \$ 10,000 o encarcelamiento por hasta a 6 meses o ambos.

Firma del reclamante – Firme con **tinta**. FECHA: _____