COMISIONADO LABORAL, ESTADO DE CALIFORNIA
DEPARTAMENTO DE RELACIONES INDUSTRIALES – DIVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE NORMAS LABORALES

Informe o Reclamo Inicial

PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE		
Recibido por:	Caso #:	Presentado en la fecha:

¿ESTE RECLAMO ESTÁ RELACIONADO CON EL COVID-19? NO ☐ SÍ ☐ En caso afirmativo, explique:
☐ **Cierre de negocio** ☐ **Despido** ☐ **Horas de enfermedad impagas/negadas** ☐ **Pago de exclusión no pagado**
☐ **Otro (especificar):**

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?
☐ SÍ, en:_____/_____/_____ (Mes Día Año) ☐ 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**?
☐ SÍ **[Si su respuesta es "SÍ," adjunte una copia del convenio colectivo vigente.]**
☐ NO

4. ¿Hay otros empleados que vayan a presentar demandas salariales contra su empleador? ☐ SI ☐ NO ☐ NO LO SÉ

Parte 1: ASISTENCIA CON EL IDIOMA & REPRESENTACIÓN

5a. ¿Necesita un intérprete? ☐ SÍ ☐ NO	5b. Si contestó que "SÍ" en el recuadro 5a ingrese el idioma que necesita
6a. Si lo está asistiendo con su reclamo un abogado o un defensor, ingrese el NOMBRE DE SU ABOGADO y LA ORGANIZACIÓN	6b. TELÉFONO ABOGADO ( )

6c. La DIRECCIÓN DE SU ABOGADO (número, calle, piso, suite)	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

Parte 2: SU INFORMACIÓN

7. Su NOMBRE	8. Su APELLIDO	9. TÉLEFONO FIJO ( )	10. OTRO TÉLEFONO ( )	11. FECHA DE NACIMIENTO
11a. Su CORREO ELECTRÓNICO				

12. Su DIRECCIÓN (número, calle, número de departamento)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

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

13. EMPLEADOR / NOMBRE DEL NEGOCIO(S)	14. NÚMERO DE MATRÍCULA DEL VEHÍCULO DEL EMPLEADOR	15.telefono EMPLEADOR
	15a. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	

16. DIRECCIÓN del EMPLEADOR / NEGOCIO (número, calle, piso, suite):	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
17. DIRECCIÓN donde usted trabaja, si trabaja en una dirección diferente del recuadro (número, calle, piso, suite):	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

18. NOMBRE de la PERSONA A CARGO (nombre, apellido)	19. PUESTO / POSICIÓN de LA PERSONA A CARGO

20. TIPO DE NEGOCIO	21. TIPO DE TRABAJO REALIZADO	22. NÚMERO TOTAL DE EMPLEAADOS	23. ¿EL EMPLEADOR SIGUE CON EL NEGOCIO ABIERTO? ☐ SÍ ☐ NO ☐ NO LO SÉ

24. Seleccione la opción que describe a su empleador, si lo sabe: ☐ SOCIEDAD ANÓNIMA ☐ INDIVIDUO ☐ SOCIEDAD ☐ LLC ☐ LLP

ESCRIBA SU NOMBRE: _____

Parte 4: ÚLTIMOS SALARIOS / CHEQUES REBOTADOS

25. FECHA DE CONTRATACIÓN

_____/_____/_____
Mes Día Año

26. Seleccione la opción que corresponda:

☐ me DESPIDIERON el _____/_____/_____
Mes Día Año

Todavía trabajo para el empleador

☐ RENUNCIÉ el _____/_____/_____
Mes Día Año

☐ Otros (especificar): _____

27a. Si **RENUNCIÓ**, ¿dió aviso **72 horas** antes de hacerlo?

☐ SÍ ☐ NO

27b. Si **RENUNCIÓ**, ¿recibió el pago de su último salario, incluido el salario debido?

☐ SÍ, en:_____/_____/_____
Mes Día Año

☐ NO

28. Si lo **DESPIDIERON**, ¿recibió el pago de su último salario, incluido el salario debido?

☐ SÍ, en:_____/_____/_____
Mes Día Año

☐ NO

29a. ¿Cómo le pagaban su salario?

☐ CHEQUE ☐ EFECTIVO ☐ CHEQUE Y EFECTIVO

☐ OTRO: _____

29b. Si le pagaban con cheque, ¿le "rebotaron" alguno (por ejemplo, no pudo cobrar el cheque porque el empleador tenía fondos insuficientes)?

☐ SÍ ☐ NO

Parte 5: HORAS QUE POR LO GENERAL TRABAJABA

30. Seleccione la opción que corresponda: ☐ Mis horas y días de trabajo eran, por lo general, iguales cada semana de trabajo.

☐ Mis horas de trabajo o días de trabajo variaban cada semana o eran irregulares. **Si seleccionó esta opción y reclama un salario o periodo de comida impaga y el incumplimiento de períodos de descanso, también tiene que completar y presentar el FORMULARIO DLSE 55.**

31. Si sus horas y días de trabajo eran, generalmente, iguales todas las semanas, proporcione a continuación su **MEJOR CÁLCULO** de las horas en las que solía trabajar y todas las veces que tuvo un periodo de comida sin interrupciones durante su **semana laboral TÍPICA**. **NO complete esto si sus horas laborales eran muy irregulares como para estimar una semana laboral típica o promedio (en cambio, complete el formulario DLSE 55).**

	EL HORARIO LABORAL COMENZABA	EL HORARIO LABORAL FINALIZABA	HORARIO DE INICIO 1ra COMIDA (si corresponde)	HORARIO DE FINALIZACIÓN 1ra COMIDA (si corresponde)	HORARIO DE INICIO 2da COMIDA (si corresponde)	HORARIO DE FINALIZACIÓN 2da COMIDA (si corresponde)	SOLO SI TRABAJÓ EN HORARIO CORTADO:	
DÍA 1 De su semana laboral	☐ a. m. ☐ p. m. _____	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	1er turno finalizó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.	2do turno comenzó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.
DÍA 2 de su semana laboral:	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	1er turno finalizó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.	2do turno comenzó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.
DÍA 3 de su semana laboral:	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	1er turno finalizó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.	2do turno comenzó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.
DÍA 4 de su semana laboral:	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	1er turno finalizó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.	2do turno comenzó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.
DÍA 5 de su semana laboral:	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	1er turno finalizó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.	2do turno comenzó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.
DÍA 6 de su semana laboral:	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	1er turno finalizó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.	2do turno comenzó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.
DÍA 7 de su semana laboral:	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	☐ a. m. _____ ☐ p. m.	1er turno finalizó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.	2do turno comenzó a las: ☐ a. m. _____ ☐ p. m.

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)? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Me pagaron $_____por ☐ **día** ☐ **semana** ☐ **por quincena** ☐ **mes** ☐ **bimensual**

Se comprometieron a pagarme $_____por ☐ **día** ☐ **semana** ☐ **por quincena** ☐ **mes** ☐ **bimensual**

33a. ¿Era un empleado que cobraba **POR HORA**? ☐ **SÍ** ☐ **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)? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si respondió "SÍ", describa:

34. ¿Recibía pago **por pieza**? ☐ SÍ ☐ NO

35. ¿Le pagaban **COMISIÓN**? ☐ SÍ ☐ 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**
☐ **SALARIOS REGULARES (sin horas extras) (Regular Wages)**			$
☐ **SALARIO DE HORAS EXTRAS (incluido el tiempo doble) (Overtime Wages)**			$
☐ **SALARIOS DE PERIODO DE COMIDA (Meal Period Wages)**			$
☐ **SALARIO DE PERÍODOS DE DESCANSO (Rest Period Wages)**			$
☐ **HORARIO SEPARADO COMPENSADO (Split Shift Premium)**			$
☐ **PAGO POR PRESENTARSE A TRABAJAR (Reporting Time Pay)**			$
☐ **COMISIONES ***(Commission Wages)**			$
☐ **VACACIONES PAGADAS***(Vacation Wages)**			$
☐ **GASTOS DE NEGOCIO (Business Expenses)**			$
☐ **DEDUCCIONES ILEGALES (Unlawful Deductions)**			$
☐ **HORAS DE ENFERMEDAD PAGADAS (Sick Leave)** ☐ **HORAS DE ENFERMEDAD PAGADAS – BENEFICIO SUPLEMENTARIO (Supplemental Sick Leave)**			$
☐ **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:
☐ **Multas por retraso en los pagos [Código laboral §203]**
☐ **Multas por cheques "rechazados" (cheques emitidos con fondos insuficientes) [Código laboral §203.1]**
☐ **Multas por pago de salarios tardíos [Código laboral §210]**
☐ **Daños liquidados por pago de salarios tardíos [Código laboral §1194.2]**

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:_____