

Reclamo Inicial de la Costura

FOR OFFICE USE ONLY

Taken by:	Office:	Case #:
Date filed:	SIC #:	
RCI Complaint: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Action:	

POR FAVOR, LA INFORMACIÓN EN LETRA IMPRENTA O A MÁQUINA

Consulte la Guía adjunta para asistirlo en llenar este formulario.

PREGUNTAS PRELIMINARES

1. ¿Ha presentado un reclamo de represalias contra su empleador ante el Comisionado Laboral? <input type="checkbox"/> SI, el: _____ / _____ / _____ Mes Día Año <input type="checkbox"/> NO [Si usted ha sido víctima de represalias, puede presentar un reclamo por represalias completando la forma "DLSE FORM 205."]
2. ¿Otros empleados han presentado un reclamo de salarios contra su empleador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SÉ

Sección 1: ASISTENCIA CON EL IDIOMA & REPRESENTACIÓN

3a. ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	3b. Si marcó "SI" en la pregunta 3a, escriba el idioma necesario:		
4a. Si usted está siendo asistido en su reclamo por un abogado u otro defensor, ingrese el NOMBRE DE SU DEFENSOR y ORGANIZACIÓN		4b. TELÉFONO DEL DEFENSOR	
4c. DIRECCIÓN DE CORREO DE SU DEFENSOR (Número, calle, piso unidad)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Sección 2: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

5. Su PRIMER NOMBRE	6. Su APELLIDO	7. Alias usado durante el periodo de trabajo :	
8a. TELÉFONO DE CASA ()	8b. OTRO TELÉFONO	9. FECHA DE NACIMIENTO	
10. Su DIRECCIÓN DE CORREO (Número, calle, apartamento)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
11. PUESTO DE TRABAJO (Liste todas sus funciones)		12. Su CORREO ELECTRÓNICO (si lo tuviera)	

Sección 3: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

13. PATRÓN / NOMBRE DEL NEGOCIO:		14. NÚMERO DE PLACAS DEL VEHÍCULO DEL PATRÓN		15. TELÉFONO DEL PATRÓN	
16. DIRECCIÓN DEL PATRÓN (Número, calle, piso, unidad)			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
16a. DIRECCIÓN donde trabajó, si es diferente a la pregunta 16			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
17a. Tipo de Negocio:	17b. ¿El Negocio sigue funcionando? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	18. Marque la opción que describa a su patrón, si sabe: <input type="checkbox"/> CORPORACIÓN <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> SOCIEDAD <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> LLP			
19a. PERIODO TRABAJADO:	19b. PERIODO DEL RECLAMO:	20. NÚMERO DE EMPLEADOS:	21. NOMBRE DE LA PERSONA ENCARGADA:		
22. DUEÑO:		23. ¿QUIÉN LE PAGABA?	24. ¿QUIÉN FIJA SU HORARIO DE TRABAJO?		
25. ¿Su patrón tenía alguna forma para registrar sus horas de trabajo? Por ejemplo: tarjeta de tiempo o cualquier otro método. Si fue así, ¿qué método? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			26. ¿Alguna vez su patrón le hizo firmar un registro de tiempo antes de marcar sus horas trabajadas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
27a. ¿Alguien más registraba sus horas de trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		27b. Nombre y Puesto de la persona que registraba sus horas trabajadas:			
28a. ¿Su empleador tenía más de un nombre para el negocio durante su periodo de empleo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Si marcó "SI", complete la Sección 4: INFORMACIÓN DEL SUCESOR)		28b. ¿Sabe si su empleador vendió el negocio o le cambió de nombre? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SÉ Si marcó "SI", ¿cuándo fue cuando hubo ese cambio? (Si marcó "SI", complete la Sección 4: INFORMACIÓN DEL SUCESOR)			

Sección 4: INFORMACIÓN DEL SUCESOR # 1

NINGÚN SUCESOR

29. NOMBRE DEL SUCESOR		30. NÚMERO DEL PLACAS DEL VEHICULO DEL SUCESOR:		31. TELÉFONO DEL SUCESOR	
32. DIRECCIÓN DEL SUCESOR (Número, calle, apartamento)			CIUDAD		ESTADO
33a. ¿Trabajó usted para el Sucesor? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Por favor responda toda la pregunta #33)					
33b. ¿Trabajó con los mismos compañeros de trabajo como con su primer Empleador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
33c. ¿Trabajó en las mismas etiquetas como con su primer Empleador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
33d. ¿Existe una relación familiar entre el Sucesor y su primer Empleador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SÉ De ser así, ¿cuál es esa relación?:					
34. PERIODO TRABAJADO:		35. NÚMERO DE TOTAL DE EMPLEADOS:		36. NOMBRE DE LA PERSONA ENCARGADA:	
37. DUEÑO:		38. ¿QUIÉN LE PAGABA?		39. ¿QUIÉN FIJA SU HORARIO DE TRABAJO?	
40. ¿Su patrón tenía alguna forma para registrar sus horas de trabajo? Por ejemplo: tarjeta de tiempo o cualquier otro método. Si fue así, ¿qué método? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			41. ¿Alguna vez su patrón le hizo firmar un registro de tiempo antes de marcar sus horas trabajadas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
42a. ¿Alguien más registraba sus horas de trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		42b. Nombre y Puesto de la persona que registraba sus horas trabajadas:			

INFORMACIÓN DEL SUCESOR # 2

43. NOMBRE DEL SUCESOR		44. NÚMERO DEL PLACAS DEL VEHICULO DEL SUCESOR		45. TELÉFONO DEL SUCESOR	
46. DIRECCIÓN DEL SUCESOR (Número, calle, apartamento)			CIUDAD		ESTADO
47a. ¿Trabajó usted para el Sucesor #2? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Por favor responda toda la pregunta #47)					
47b. ¿Trabajó con los mismos compañeros de trabajo como con el Sucesor # 1? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
47c. ¿Trabajó en las mismas etiquetas como con el Sucesor # 1? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
47d. ¿Existe una relación familiar entre el Sucesor # 1 y el Sucesor # 2? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SÉ De ser así, ¿cuál es esa relación?:					
48. PERIODO TRABAJADO:		49. NÚMERO DE TOTAL DE EMPLEADOS:		50. NOMBRE DE LA PERSONA ENCARGADA:	
51. DUEÑO:		52. ¿QUIÉN LE PAGABA?		53. ¿QUIÉN FIJA SU HORARIO DE TRABAJO?	
54. ¿Su patrón tenía alguna forma para registrar sus horas de trabajo? Por ejemplo: tarjeta de tiempo o cualquier otro método. Si fue así, ¿qué método? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			55. ¿Alguna vez su patrón le hizo firmar un registro de tiempo antes de marcar sus horas trabajadas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
56a. ¿Alguien más registraba sus horas de trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		56b. Nombre y Puesto de la persona que registraba sus horas trabajadas:			

INFORMACIÓN DEL SUCESOR # 3

57. NOMBRE DEL SUCESOR		58. NÚMERO DEL PLACAS DEL VEHICULO DEL SUCESOR		59. TELÉFONO DEL SUCESOR	
60. DIRECCIÓN DEL SUCESOR (Número, calle, apartamento)			CIUDAD		ESTADO
61a. ¿Trabajó usted para el Sucesor #3? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Por favor responda toda la pregunta #61)					
61b. ¿Trabajó con los mismos compañeros de trabajo como con el Sucesor # 2? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
61c. ¿Trabajó en las mismas etiquetas como con el Sucesor # 2? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
61d. ¿Existe una relación familiar entre el Sucesor # 2 y el Sucesor # 3? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SÉ De ser así, ¿cuál es esa relación?:					
62. PERIODO TRABAJADO:		63. NÚMERO DE TOTAL DE EMPLEADOS:		64. NOMBRE DE LA PERSONA ENCARGADA:	
65. DUEÑO:		66. ¿QUIÉN LE PAGABA?		67. ¿QUIÉN FIJA SU HORARIO DE TRABAJO?	
68. ¿Su patrón tenía alguna forma para registrar sus horas de trabajo? Por ejemplo: tarjeta de tiempo o cualquier otro método. Si fue así, ¿qué método? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			69. ¿Alguna vez su patrón le hizo firmar un registro de tiempo antes de marcar sus horas trabajadas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
70a. ¿Alguien más registraba sus horas de trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		70b. Nombre y Puesto de la persona que registraba sus horas trabajadas:			

Sección 5: PERÍODO DE RECLAMO Y HORARIO

71. FECHA DE CONTRATACIÓN Mes Día Año	72. Seleccione la casilla que aplica para usted: <input type="checkbox"/> Aún trabajo para el patrón <input type="checkbox"/> RENUNCIÓ el ____/____/____ Mes Día Año <input type="checkbox"/> DESPEDIDO el ____/____/____ Mes Día Año <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
73a. Si usted RENUNCIÓ, dió aviso 72 horas antes de renunciar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	73b. Si usted RENUNCIÓ, ha recibido su pago final de salarios incluyendo todos los salarios debidos? <input type="checkbox"/> SI, el ____/____/____ <input type="checkbox"/> NO Mes Día Año
74. Si usted fue DESPEDIDO, ha recibido su pago final de salarios incluyendo todos los salarios debidos? <input type="checkbox"/> SI, el ____/____/____ <input type="checkbox"/> NO Mes Día Año	

75. Horario Regular del Empleado

	HORA EN LA QUE EMPEZABA A TRABAJAR	HORA EN LA QUE TERMINABA DE TRABAJAR	DESCANSO AM	PERIODO DE COMIDA #1	DESCANSO PM	PERIODO DE COMIDA #2
Lunes – Viernes	____ <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	____ <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ____ Minutos
Sábado	____ <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	____ <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ____ Minutos
Domingo	____ <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	____ <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ____ Minutos

76. ¿Cuántos sábados por mes trabajó usted?	77. ¿Cuántos domingos por mes trabajó usted?
---	--

NOTAS:

78. ¿Podía usted tomar un periodo de descanso de al menos diez (10) minutos cada cuatro (4) horas trabajadas? SI NO
 Si no, ¿por qué?

79. ¿Se le brindaba un periodo de comida de por lo menos treinta (30) minutos cada cinco (5) horas trabajadas? SI NO
 Si no, ¿por qué?

80a. ¿Faltó al trabajo debido a una enfermedad propia o de algún familiar? SI NO
 Si marcó "SI", por favor explique y especifique las fechas.

80b. ¿Faltó al trabajo por alguna otra razón (por ejemplo, vacaciones)? SI NO
 Si marcó "SI", por favor explique y especifique las fechas.

81. ¿Cerró la compañía por algún feriado importante? SI NO
 Año Nuevo Memorial Day (Día de los Caídos) Día del Trabajo
 4 de Julio Día de Acción de Gracias Navidad
 Otros: _____

82a. ¿Cuál fue su ultimo día de trabajo? _____ (mes/día/año)	82b. ¿Cuál fue el horario en su ultimo día de trabajo? De _____ a _____
---	--

83. ¿Su horario varió durante alguna época del año? SI NO
 Si marcó "SI", complete la **Sección 7: HORARIO ESTACIONAL**

Sección 7: HORARIO ESTACIONAL

No aplica

89. Período del Horario Estacional:

90. Horario Estacional del Empleado

	HORA EN LA QUE EMPEZABA A TRABAJAR	HORA EN LA QUE TERMINABA DE TRABAJAR	DESCANSO AM	PERIODO DE COMIDA #1	DESCANSO PM	PERIODO DE COMIDA #2
Lunes – Viernes	<input type="checkbox"/> am _____ <input type="checkbox"/> pm	<input type="checkbox"/> am _____ <input type="checkbox"/> pm	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Minutos
Sábado	<input type="checkbox"/> am _____ <input type="checkbox"/> pm	<input type="checkbox"/> am _____ <input type="checkbox"/> pm	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Minutos
Domingo	<input type="checkbox"/> am _____ <input type="checkbox"/> pm	<input type="checkbox"/> am _____ <input type="checkbox"/> pm	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Minutos

91. ¿Cuántos sábados por mes trabajó usted?

92. ¿Cuántos domingos por mes trabajó usted?

NOTAS:

93. ¿Podía usted tomar un periodo de descanso de al menos diez (10) minutos cada cuatro (4) horas trabajadas? SI NO
Si no, ¿por qué no?

94. ¿Se le brindaba un periodo de comida de por lo menos treinta (30) minutos cada cinco (5) horas trabajadas? SI NO
Si no, ¿por qué no?

95a. ¿Faltó al trabajo debido a una enfermedad propia o de algún familiar? SI NO
Si marcó "SI", por favor explique y especifique las fechas.

95b. ¿Faltó al trabajo por alguna otra razón (por ejemplo, vacaciones)? SI NO
Si marcó "SI", por favor explique y especifique las fechas.

96. ¿Cerró la compañía por algún feriado importante? SI NO

<input type="checkbox"/> Año Nuevo	<input type="checkbox"/> Memorial Day (Día de los Caídos)	<input type="checkbox"/> Día del Trabajo
<input type="checkbox"/> 4 de Julio	<input type="checkbox"/> Día de Acción de Gracias	<input type="checkbox"/> Navidad
<input type="checkbox"/> Otros:		

NOTAS:

Sección 8: COMPENSACIÓN Y MÉTODO DE PAGO PARA EL HORARIO ESTACIONAL

No aplica

<p>97a. ¿Cómo le pagaban sus salarios? <input type="checkbox"/> POR CHEQUE <input type="checkbox"/> EN EFECTIVO <input type="checkbox"/> AMBOS: CHEQUE Y EFECTIVO Si le pagaban con AMBOS, CHEQUE Y EFECTIVO, ¿cuánto recibía en efectivo y cuánto recibía en cheque? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS: _____</p>	
<p>97b. Si le pagaron con cheque, ¿alguno de sus pagos “rebotó”? (por ejemplo, el cheque no pudo ser cobrado por que el patrón no tenía fondos suficientes) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	
<p>97c. ¿Recibía usted declaraciones o “talones” de sueldo detallados cuando le pagaban en cheque o en efectivo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	
<p>98. Se le prometió o se le pagó una cantidad FIJA de salario por período de pago, sin importar cuántas horas trabajó (por ejemplo, \$400 por semana, sin importar cuántas horas trabajó)? <input type="checkbox"/> SI: Se me pagó \$ _____ por <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro (especificar): _____ Se me prometió \$ _____ por <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro (especificar): _____ <input type="checkbox"/> NO</p>	
<p>99a. ¿Era usted un empleado por HORA? <input type="checkbox"/> SI: Se me pagaba \$ _____ por hora. Se me prometió \$ _____ por hora. <input type="checkbox"/> NO</p> <p>99b. Si usted era un empleado por HORA, ¿se le pagó o se le prometió más de una tarifa por hora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si fue así, liste los cambios y las fechas: \$ _____ de _____ hasta _____ \$ _____ de _____ hasta _____ \$ _____ de _____ hasta _____ \$ _____ de _____ hasta _____ \$ _____ de _____ hasta _____</p> <p>¿Estas tarifas se basaron en sus horas trabajadas o en las diferentes tareas de trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO De ser así, en qué se basaron? _____</p>	<p>100. ¿Se le pagó POR PIEZA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>101a. Si le pagaron POR PIEZA, y recibía la misma cantidad cada período de pago. ¿Cuánto recibía por período de pago? _____</p> <p>101b. Si le pagaron POR PIEZA y su pago era distinto en cada período: ¿Cuál fue la menor cantidad que recibió? \$ _____ ¿Cuál fue la mayor cantidad que recibió? \$ _____ Promedio = \$ _____</p>

NOTAS:

Sección 9: INFORMACIÓN DE LOS TESTIGOS

102. <input type="checkbox"/> Ningún Testigo		<input type="checkbox"/> Otro(s) Reclamante(s) hará(n) de Testigo	
1.	Nombre:	Relación con el reclamante:	
	Dirección:	Teléfono #:	
2.	Nombre:	Relación con el reclamante:	
	Dirección:	Teléfono #:	
3.	Nombre:	Relación con el reclamante:	
	Dirección:	Teléfono #:	

Sección 10: DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL RECLAMANTE *(para uso de DLSE solamente)*

Cheques/Talones de cheques	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Copia
Recibos por Piezas Trabajadas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Copia
Tarjetas de Tiempo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Copia
Otros registros de tiempo del Empleador	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Copia
Registros de Nóminas de Sueldos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Copia
Registros de Horarios y/o Pagos del Reclamante (libretas, calendarios, etc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Copia
Cheques con Fondos Insuficientes (cheques rebotados)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Copia
Etiquetas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Copia
Identificación con foto del Reclamante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Copia
ITIN / SSN	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Copia
Otros:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Copia

Por la presente certifico que la información que he proporcionado es verdadera según mi conocimiento y/o recuerdo.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Sección 11: ETIQUETAS *(Hacer copias adicionales de esta página de ser necesario)*

103a. Etiqueta (Adjuntar la etiqueta o una lista con nombres de las etiquetas)	
103b. RN #:	
103c. Descripción de las prendas de vestir	
103d. <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Niños <input type="checkbox"/> Jóvenes <input type="checkbox"/> Otros:	
103e. ¿Con qué frecuencia confeccionaba ropa para esta etiqueta? <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otros:	103f. ¿Durante qué periodo usted trabajó en las prendas para esta etiqueta? De _____ hasta _____
103g. ¿Puede estimar un % por día, semana o mes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> % _____	
103h. ¿Tiene una muestra de las prendas confeccionadas para esta etiqueta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
103i. ¿Sabe dónde eran entregadas las prendas terminadas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si marcó "SI", ¿sabe la dirección? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____	
103j. ¿Conoce el nombre de la empresa en donde se entregaron las prendas terminadas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO De ser así, indique el nombre de la empresa:	
103k. ¿Alguien distinto a su supervisor verificaba, revisaba o dirigía su trabajo para esta etiqueta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO De ser así, ¿cuál es el nombre de la persona? ¿Con qué frecuencia iban a la fábrica? ¿Cómo sabe que ellos estaban asociados con esa etiqueta? ¿Hablaron directamente con usted? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO De ser así, ¿qué se le dijo? ¿Qué sucedía si encontraban un error? ¿Alguna vez tuvo que trabajar horas extra para corregir un error? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO De ser así, ¿qué se le dijo? ¿Alguna vez tuvo que trabajar horas extra para cumplir con una entrega importante? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO De ser así, ¿qué se le dijo? ¿Alguna vez se le ordenó dar mayor prioridad a esta etiqueta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO De ser así, ¿qué se le dijo?	

NOTAS:

Sección 12: SALARIOS, COMPENSACIÓN Y PENALIDADES QUE SE DEBEN

104. RECLAMOS (Marque todas las casillas que apliquen)	PERÍODO DE RECLAMO: FECHA DE INICIO (Mes/ Día/ Año)	PERÍODO DE RECLAMO FECHA DE TERMINO (Mes/ Día/ Año)	CANTIDAD GANADA / CANTIDAD DEL RECLAMO
<input type="checkbox"/> SALARIOS REGULARES (Incluidos salarios mínimos) (8 CCR §11010(4)(A); Código Laboral § 2673.1(b))			\$
<input type="checkbox"/> SALARIOS DE TIEMPO EXTRA (8 CCR §11010(3)(A); Código Laboral §510.2673.1(b))			\$
<input type="checkbox"/> PRIMA POR PERÍODO DE COMIDA (8 CCR §11010(11)(A); Código Laboral §226.7(b))			\$
<input type="checkbox"/> PRIMA POR PERÍODO DE DESCANSO (8 CCR §11010(12) (A); Código Laboral §226.7(b))			\$
<input type="checkbox"/> PRIMA POR TURNOS DIVIDIDOS (8 CCR § 11010(4))			\$
<input type="checkbox"/> PAGO POR REPORTARSE A TRABAJAR (8 CCR § 11010(5))			\$
<input type="checkbox"/> DAÑOS LIQUIDADOS/DEVENGADOS (Código Laboral §2673.1(e))			\$
<input type="checkbox"/> PENALIDAD POR TIEMPO DE ESPERA (Código Laboral § 203)			\$
<input type="checkbox"/> PENALIDAD POR CHEQUES CON FONDOS INSUFICIENTES (Código Laboral § 203.1)			\$
<input type="checkbox"/> ACCESO A LOS REGISTRO DE NÓMINA / PAGO (Código Laboral § 226(f))			\$
<input type="checkbox"/> ACCESO A LOS REGISTROS DEL PERSONAL (Código Laboral § 1198.5(k))			\$
<input type="checkbox"/> PAGO POR DÍAS DE ENFERMEDAD (Código Laboral §§ 245, et seq.)			
<input type="checkbox"/> OTROS (Especifique):			\$
INGRESE EL SUBTOTAL (sume todas las cantidades ganadas / reclamadas):			\$
INGRESE LA CANTIDAD TOTAL PAGADA:			\$
SUMA TOTAL DEBIDA [Subtotal menos Cantidad Total Pagada]:			\$
105. Marque la casilla si está reclamando : <input type="checkbox"/> Honorarios de su Abogado (Código Laboral 2673.1(f))			

NOTAS:

DO NOT WRITE ON THIS SIDE – For Office Use Only

Claimant:	Against:	Interpreter Needed:	Action Number:
Address of Claimant:	Address of Defendant:	Docket Date	Date Closed
Phone No. of Claimant	Phone No. of Defendant:	DATE(S) CLAIM RECEIVED	
Name & Address of Advocate:			
Phone No. of Advocate:			
Address change of Claimant as of:	Address change of Defendant as of:		
		DATE BOFE COMPLAINT FILED (if applicable)	DATE RCI COMPLAINT FILED (if applicable)

RECORD OF RECEIPTS				RECORD OF PAYMENTS TO CLAIMANT			
Date Received	Check, Cash, Money Order, etc.	Check, Cash, Money Order, etc. Number	Amount	Receipt Number	Division Check Number	Date Paid	Signature/Remarks
/ /			\$	No. L		/ /	
/ /			\$	No. L		/ /	
/ /			\$	No. L		/ /	
/ /			\$	No. L		/ /	
/ /			\$	No. L		/ /	
/ /			\$	No. L		/ /	
/ /			\$	No. L		/ /	

CONFERENCE: DATES			PEND: DATES			