

# Oficina del Comisionado Laboral, Estado de California

Unidad de Fiscalización de Campo (BOFE por su siglas en inglés) Estado de California – Departamento de Relaciones Industriales División de Cumplimiento de Normas Laborales	<b>Para Uso de la Oficina Solamente</b> Tomado por: _____ Fecha de presentación: _____ Industria: _____
--	--

## Denuncia de Violación a la Ley Laboral

### Parte 1. Denunciante (puede ser un individuo o su representante)

Llene este formulario si desea denunciar violaciones a las leyes laborales (horas y salarios, trabajo de menores, compensación de trabajadores, o leyes sobre mantenimiento de nóminas, registros y datos) por parte de un empleador que afecta a todos los empleados o a un grupo particular de empleados que trabajan para ese empleador. Si solo está reclamando salarios que se le deben a usted, y no desea denunciar una o más violaciones de leyes laborales por parte de su empleador que también afectan a otros trabajadores, llene el formulario DLSE Form 1 (Informe Inicial o Reclamo) para presentar un reclamo de salario individual en vez de este formulario.

#### Parte denunciante

Nombre del denunciante : \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Si necesita intérprete, indique idioma \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Celular/Otro Tel.: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Si usted es un defensor, o está siendo representado por un abogado u otro defensor, ingrese la información de su defensor y organización:

#### Información del defensor

Nombre del defensor: \_\_\_\_\_ Nombre de la organización \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Celular/Otro Tel.: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### Parte 2. Empleador Denunciado

Nombre de negocio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Si desconoce la dirección: ¿Cuál es el cruce más cercano? \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Número total de empleados \_\_\_\_\_ Tipo de negocio \_\_\_\_\_

Tipo de entidad:  Corporación  Propietario Único  Sociedad  Sociedad de Responsabilidad Limitada (LLC)

Otro: \_\_\_\_\_  No sé

Nombre del dueño: \_\_\_\_\_ Nombre y título del encargado: \_\_\_\_\_

#### Ubicación del Negocio

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Si desconoce la dirección: ¿Cuál es el cruce más cercano? \_\_\_\_\_

¿Sigue el empleador operando su negocio allí?  Sí  No  No sé

Horario de negocio \_\_\_\_\_ Número total de empleados \_\_\_\_\_

Añada otra oficina, sucursal, o planta de trabajo (si la hay, independientemente de si usted trabaja allí o no)

¿El empleador tiene cobertura de compensación al trabajador?  Sí  No  No sé

¿Existe un contrato con el sindicato?  Sí  No  No sé

¿Involucra su trabajo obras públicas?  Sí  No  No sé

Número de placa del vehículo del empleador: \_\_\_\_\_

### Parte 3. Horas de trabajo y salario

¿Usted trabajó o sigue trabajando para el empleador?  si  no  no sé

Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ último día de trabajo (si aplica) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

renunció  despedido  sigue trabajando

¿fue el empleador quien decidió el comienzo del día laboral para los empleados?

si  no  no sé

Si la respuesta es "si", ¿A qué hora?  am  pm

¿Decidió el empleador qué día se iniciaba la semana laboral?

si  no  no sé

si la respuesta es "si" ¿Qué día de la semana?

Domingo  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado

¿Cuál es el **horario normal o estándar** de trabajo para los empleados durante la semana? Provea su mejor estimación del número de horas trabajadas cada día, desde la hora de inicio hasta la hora de salida. (Si no trabajó/no trabajaron en horarios normales, no conteste lo siguiente y pase a la próxima pregunta.)

Ingrese las horas y minutos en el formato ##:##, por ejemplo: 09:30 o 12:45

Domingo	inicio: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	hora de salida: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	horas trabajadas: ____
Lunes	inicio: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	hora de salida: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	horas trabajadas: ____
Martes	inicio: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	hora de salida: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	horas trabajadas: ____
Miércoles	inicio: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	hora de salida: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	horas trabajadas: ____
Jueves	inicio: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	hora de salida: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	horas trabajadas: ____
Viernes	inicio: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	hora de salida: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	horas trabajadas: ____
Sábado	inicio: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	hora de salida: ____ <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	horas trabajadas: ____

Número Total de Horas Trabajadas en la Semana

¿Se trabaja en diferentes horarios o en horarios irregulares de tal forma que no se puede proveer un horario estándar de trabajo?  si  no

Si la respuesta es "si", describa brevemente de la mejor manera posible los diferentes horarios u horas de trabajo irregulares:

\_\_\_\_\_

¿A qué horas regularmente se toman los empleados el receso programado para comer?

Hora de Inicio: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ pm Hora de Salida: \_\_\_\_\_  am  pm  no hay un horario regular programada para comer

¿Cuánto dura generalmente el receso designado para comer de los empleados? \_\_\_\_  minutos  horas

¿Quién decide el horario de trabajo? Nombre completo y cargo/título: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia le pagan?

Diariamente

semanalmente \_\_\_\_\_  Bi-Semanal (Cada dos semanas) \_\_\_\_\_

mensualmente \_\_\_\_\_  Semi-Mensual (Dos veces al mes) \_\_\_\_\_

¿Qué día(s) se le paga? \_\_\_\_\_

Por ejemplo: Cada segundo viernes, o los días 1 y 15 del mes.

¿Quién le paga a los empleados? (nombre completo y cargo/título): \_\_\_\_\_

¿Se les paga por hora a los empleados?  si  no

Si la respuesta es "si", ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_ por hora

Por (describa la unidad) \_\_\_\_\_

Varia (explique): \_\_\_\_\_

¿Se les paga a los empleados una cantidad fija de sueldo (o salario) sin importar el número de horas trabajadas?  si  no

Si la respuesta es "si", ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_  Diariamente  Semanalmente  Bi-Semanal (Cada dos semanas)  Semi-Mensual (Dos veces al mes)  mensualmente

¿Se les paga a los empleados por pieza?  si  no

Si la respuesta es "si", ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_ por (describa la unidad) \_\_\_\_\_

El pago por pieza varía (explique) POR (describa la unidad) \_\_\_\_\_

¿De qué forma se les paga a los empleados?

Cheque

Dinero en efectivo

Ambos: cheque y dinero en efectivo

El método de pago varía por empleado o por puesto de trabajo (Explique)

Otro método (Explique)

Otro/Varias Explicaciones

Si a los empleados se les paga en efectivo, ¿mantiene el empleador registros de pago?

si  no  no sé

¿Mantiene el empleador registros de tiempo, respecto a las horas trabajadas por los empleados?

si  no  no sé

¿Qué idiomas hablan los empleados?  inglés  español  mixteco  triqui  cantonés  mandarín

coreano  vietnamita  tagalo  camboiano  hmong  tailandés  punyabí  hindi  ruso

otro (por favor escríbalo): \_\_\_\_\_

#### Sección 4. Posibles violaciones por parte del empleador

Las casillas siguientes indican los tipos de conducta de un empleador que viola la ley. Por favor marque la casilla correspondiente si el empleador comete alguna de las siguientes violaciones, o si algún empleado ha sufrido las siguientes violaciones.

Falta de Seguro de Compensación de Trabajadores

Violaciones a las normas sobre trabajo realizado por menores:

Falta de permiso (s) de trabajo válido

Falta de permiso (s) de trabajo para la industria de entretenimiento

Trabajo excesivo u horas prohibidas para menor(es)

Trabajo en condiciones peligrosas para menor(es)

Número estimado de menores afectados: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Violaciones a las normas sobre salario mínimo:</b> <input type="checkbox"/> Le pagaron menos del salario mínimo <input type="checkbox"/> No le pagaron por las horas de tiempo extra trabajadas <input type="checkbox"/> No le pagaron por todas las horas trabajadas, incluyendo tiempo de viaje y tiempo de examen <input type="checkbox"/> Cheque de pago sin suficientes fondos <input type="checkbox"/> Le pidieron al empleado que devolviera el salario pagado <input type="checkbox"/> Falta de prima por turnos divididos  <i>Número estimado de empleados afectados (salario mínimo): _____</i>	<input type="checkbox"/> <b>Violaciones a las normas sobre tiempo extra:</b> <input type="checkbox"/> Falta de pago por tiempo extra diario, por horas trabajadas en exceso de 8 horas por día (o 10 horas por día para los trabajadores agrícolas) <input type="checkbox"/> Falta de pago por tiempo extra semanal, por horas trabajadas de más de 40 horas a la semana <input type="checkbox"/> Falta de pago por tiempo doble por más de 12 horas al día <input type="checkbox"/> Falta de pago por tiempo extra, por trabajar el séptimo día consecutivo dentro de la semana de trabajo  <i>Número estimado de empleados afectados (tiempo extra): _____</i>
<input type="checkbox"/> <b>Otros salarios no pagados:</b> <input type="checkbox"/> Los salarios no son pagados según la tasa acordada por contrato <input type="checkbox"/> Falta de prima por reportarse a trabajar como debido <input type="checkbox"/> Falta de prima por períodos de comida o descanso no tomados  <i>Número estimado de empleados afectados (salarios no pagados) : _____</i>	<input type="checkbox"/> <b>Violaciones a las normas sobre talón de cheque:</b> <input type="checkbox"/> Le pagaron con cheque o dinero en efectivo sin talón de cheque donde se enlistan las deducciones al salario <input type="checkbox"/> Le dieron talón de cheque con lista de deducciones con errores o incompleto <input type="checkbox"/> No le dieron talón de cheque con lista de deducciones por lo menos dos veces al mes  <i>Número estimado de empleados afectados (talón de cheque) _____</i>
<input type="checkbox"/> <b>Violaciones a las normas sobre receso para comer:</b> <input type="checkbox"/> No le dieron un receso para comer de 30 minutos fuera de sus obligaciones al final de la quinta hora de trabajo <input type="checkbox"/> No le dieron un segundo receso para comer de 30 minutos fuera de sus obligaciones cuando trabajó más de 10 horas <input type="checkbox"/> Le dieron un receso para comer pero fue menos de 30 minutos  <i>Número estimado de empleados afectados (tiempo para comer): _____</i>	<input type="checkbox"/> <b>Violaciones a las normas sobre recesos de descanso:</b> <input type="checkbox"/> Para los días de trabajo entre 3.5 horas y 6 horas por día, no le permitieron tomar un descanso de 10 minutos <input type="checkbox"/> Para los días de trabajo de más de 6 horas y hasta 10 horas por día, no le permitieron tomar dos descansos de 10 minutos <input type="checkbox"/> Para los días de trabajo de más de 10 horas y hasta 14 horas por día, no le permitieron tomar tres descansos de 10 minutos  <i>Número estimado de empleados afectados (período de descanso): _____</i>
<input type="checkbox"/> <b>Violaciones a las normas sobre fecha de pago:</b> <input type="checkbox"/> Falta de fecha de pago fijo <input type="checkbox"/> Pago tardío de salario  <i>Número estimado de empleados afectados (Fecha de pago): _____</i>	<input type="checkbox"/> <b>Violaciones a las normas sobre mantenimiento de registros:</b> <input type="checkbox"/> Registros diarios inexistentes o erróneos <input type="checkbox"/> Registros de nómina de pago inexistentes o erróneos <input type="checkbox"/> Falta de aviso a empleados recién contratados (bajo el artículo 2810.5 del código laboral)  <i>Número estimado de empleados afectados: _____</i>
<input type="checkbox"/> <b>Violaciones a las normas sobre gastos de negocio:</b> <input type="checkbox"/> No se reembolsa el costo de uniformes o son cobrados ilegalmente a los empleados <input type="checkbox"/> No se reembolsa el costo de herramientas, materiales, o equipo, o son cobrados ilegalmente a los empleados <input type="checkbox"/> Cargos ilegales por escasez, daño, o pérdida de equipo  <i>Número estimado de empleados afectados (gastos de negocio): _____</i>	<input type="checkbox"/> <b>Incumplimiento de la obligación de fijar anuncios:</b> <input type="checkbox"/> Falta de fijar el aviso de la Orden de la Comisión de Bienestar Industrial correspondiente <input type="checkbox"/> Falta de fijar el aviso de la Orden de Salario Mínimo correspondiente <input type="checkbox"/> Falta de fijar la notificación de fecha de pago <input type="checkbox"/> Falta de fijar la notificación de Seguro de Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Falta de fijar el aviso de la tasa de compensación (solamente para trabajadores agrícolas)  <i>Número estimado de empleados afectados: _____</i>

**Clasificación errónea:**

- Empleados clasificados erróneamente como contratistas independientes
- Empleados asalariados clasificados erróneamente como empleados exentos

Número estimado de empleados afectados: \_\_\_\_\_

**Violaciones a las normas sobre Licencia y Registración:**

- Contratista de construcción sin licencia
- Contratado con un contratista de construcción sin licencia
- Contratista de trabajo agrícola sin licencia
- Contratista o fabricante de prendas de vestir sin registro
- Lavadero de autos sin registro

Número estimado de empleados afectados: \_\_\_\_\_

**Falta de provisión de comodidad para lactancia:**

Número estimado de empleados afectados: \_\_\_\_\_

**Otras violaciones** (explique brevemente):

Número estimado de empleados afectados (otras violaciones): \_\_\_\_\_

Por favor provea cualquier otra información acerca de su queja que usted crea que es importante para el Comisionado Laboral:

Por favor provea la siguiente información para cualquier menor de 18 años que trabaja para el empleador:

Nombre completo (primer nombre y apellido, sobrenombres)	Edad	Puesto en el trabajo/tipo de trabajo realizado	Horario normal de trabajo	Como fue pagado el menor (con cheque, en efectivo, en efectivo y con cheque, otro método)?

¿Se puede usar su nombre en esta investigación?  si  no

¿Quiere que el Comisionado Laboral mantenga confidencial su nombre e información de contacto? \*  si  no

**Yo certifico que la información presentada arriba es una declaración verdadera y según mi leal saber y entender .**

Firma (nombre completo): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*\*El Comisionado Laboral mantendrá la confidencialidad como sea apropiado en cada caso y en la medida estipulada bajo la ley. En algunos casos la información puede que sea dada a conocer.*