

Comisionado de Labor, Estado de California

Departamento de Relaciones Industriales
División de Enfortamiento de Normas Laborales

DIVISION USE ONLY/SÓLO PARA USO DE LA DIVISIÓN:	
TAKEN BY: _____	CASE # _____
DATE TAKEN: _____	ASSIGNED TO: _____
OFFICE: _____	DATE RECEIVED: _____
	DATE ASSIGNED: _____

RECLAMO DE TRABAJADORES DE OBRAS PÚBLICAS

La siguiente información es importante y se debe proporcionar.

Información del Reclamante/Trabajador			
1. NOMBRE	2. APELLIDO	3. N° DE TELEFONO (DOMICILIO)	4. N° DE TELEFONO (TRABAJO/CELULAR)
5. DIRECCIÓN DE CONTACTO	6. CIUDAD	7. ESTADO/ CÓDIGO POSTAL	8. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Información del Proyecto
Nota: Se debe completar un formulario separado para cada proyecto en el que usted alega una violación de los salarios prevalecientes.
9. NOMBRE DEL PROYECTO (Si se conoce)
10. UBICACIÓN DEL PROYECTO. DOMICILIO, CIUDAD, CONDADO

Reclamo Contra		
11. NOMBRE DE LA EMPRESA/CONTRATISTA/EMPLEADOR	12. N° DE LICENCIA ESTATAL DEL CONTRATISTA	
13. DIRECCION (Incluyendo Código Postal)	14. N° DE TELEFONO DE LA EMPRESA	
15. NOMBRE DE LA PERSONA A CARGO / TITULO	16. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	17. ¿SIGUE USTED TRABAJANDO PARA ESTE CONTRATISTA?

Organismo Acreditador		
18. NOMBRE DE LA AGENCIA PUBLICA/ Organismo Acreditador		
19. DIRECCIÓN DEL ORGANISMO ACREDITADOR	20. N° DE TELEFONO	
21. NOMBRE DE LA PERSONA A CARGO / TITULO	22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
23. FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	24. FECHA ESTIMADA DE FINALIZACIÓN	25. FECHA DE AVISO DE FINALIZACION DEL CONTRATO?

Contratista General (Contratista Principal)		
26. NOMBRE DEL CONTRATISTA GENERAL	27. N° DE LICENCIA ESTATAL DE CONTRATISTA	
28. DIRECCIÓN	29. N° DE TELEFONO DE LA EMPRESA	
30. NOMBRE DE LA PERSONA A CARGO// TITULO	31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

Asuntos		
32. EXPLICACIÓN BREVE DE LOS ASUNTOS: (Marcar todas las casillas correspondientes)		
<input type="checkbox"/> Sin pago / Pago insuficiente de Salarios	<input type="checkbox"/> Viaje y subsistencia no pagados	<input type="checkbox"/> Horas trabajadas no reportadas correctamente
<input type="checkbox"/> Horas extras/sábado/domingo/días festivos no pagados	<input type="checkbox"/> Clasificación del trabajador incorrecta	<input type="checkbox"/> Cheque sin fondos
<input type="checkbox"/> Beneficios suplementarios no pagados	<input type="checkbox"/> otro _____	

(Continúa en la siguiente página)

Información de Empleo

33. ¿CUÁL FUE SU TÍTULO O CLASIFICACIÓN DE TRABAJO?

34. ¿QUÉ TIPO DE TRABAJO REALIZÓ USTED? POR FAVOR EXPLIQUE SUS TAREAS O DEBERES.

35. ¿QUÉ HERRAMIENTAS UTILIZÓ PARA REALIZAR SUS FUNCIONES DE TRABAJO?

36. ¿CÓMO LE PAGARON? Cheque Efectivo Deposito Directo Otro

37. ¿LE DIERON UN TALÓN DE CHEQUE? Sí No

38. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE PAGARON? Por Día Semanal Cada 2 Semanas Mensual Quincenal Otro _____

39. ¿CUÁNTO LE PAGARON? \$ _____ Por Hora Por Día Por Semana

40. LE PAGARON (Marcar todas las casillas correspondientes)

Tarifa de sobretiempo No ___ Sí ___ \$ _____ Tarifa de Sábado No ___ Sí ___ \$ _____

Tarifa de doble tiempo No ___ Sí ___ \$ _____ Tarifa de Domingos/Días Festivos No ___ Sí ___ \$ _____

41. ¿SU EMPLEADOR CONSERVÓ LOS REGISTROS DE NOMINA Y HORAS TRABAJADAS?

Sí No No Sabe

42. ¿QUIÉN TUVO POSESIÓN DE ESTOS REGISTROS?

43. ¿CONSERVÓ USTED UN REGISTRO PRECISO DE SUS HORAS TRABAJADAS?

Sí No

44. ¿FECHAS EN LAS QUE TRABAJO EN ESTE PROYECTO:

45. ¿TRABAJÓ USTED EN OTRO PROYECTO MIENTRAS TRABAJÓ EN ESTE PROYECTO?

Sí No

46. SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿PARA QUIÉN? ¿DÓNDE? ¿CUÁNDO? HORAS:

47. ¿RECIBIO PAGO DE VIAJE Y ESTANCIA?

No Sí \$ _____

48. INFORMACIÓN DE COMPAÑEROS de TRABAJO/TESTIGOS:

Estimar el número de trabajadores con los que usted trabajaba en este proyecto: _____

¿Puede usted proporcionar nombres, direcciones, números telefónicos y tipo de trabajo de otros trabajadores? Por favor enumere sus nombres abajo.

NOMBRE DEL TRABAJADOR	DIRECCIÓN	N °DE TELEFONO	TIPO DE TRABAJO REALIZADO
1)			
2)			
3)			

Por medio de este documento declaro que toda la información proporcionada es correcta y verdadera al mejor de mis conocimientos

MI NOMBRE PUEDE SER UTILIZADO EN ESTA INVESTIGACIÓN. Sí No

Firma

Fecha