

# Comisionado de Labor, Estado de California

Departamento de Relaciones Industriales  
División de Enfortamiento de Normas Laborales

|  |                      |
|--|----------------------|
| <b>DIVISION USE ONLY/SÓLO PARA USO DE LA DIVISIÓN:</b> |                      |
| 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   |
|--|
| <b>Nota: Se debe completar un formulario separado para cada proyecto en el que usted alega una violación de los salarios prevalecientes.</b> |
| 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