



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

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? <input type="checkbox"/> Sí, en: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> NO [Si tomaron represalias contra usted, puede presentar una denuncia por represalia con el formulario, "FORMULARIO RCI 1"]. Mes Día Año
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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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. TELÉFONO FIJO ()	10. OTRO TELÉFONO ()	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 MATRICULA 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 EMPLEADOS	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: <input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA <input type="checkbox"/> INDIVIDUO <input type="checkbox"/> SOCIEDAD <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> LLP				

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 (Selecciones 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
<input type="checkbox"/> SALARIOS REGULARES (sin horas extras)			\$
<input type="checkbox"/> SALARIO DE HORAS EXTRAS (incluido el tiempo doble)			\$
<input type="checkbox"/> SALARIO DE VIANDAS			\$
<input type="checkbox"/> SALARIO DE PERÍODOS DE DESCANSO			\$
<input type="checkbox"/> HORA ARANCELADA DE DESCANSO			\$
<input type="checkbox"/> PAGO POR HORAS NOTIFICADAS			\$
<input type="checkbox"/> COMISIONES ***			\$
<input type="checkbox"/> VACACIONES PAGADAS***			\$
<input type="checkbox"/> GASTOS COMERCIALES			\$
<input type="checkbox"/> DEDUCCIONES ILÍCITAS			\$
<input type="checkbox"/> HORAS DE ENFERMEDA PAGADAS			\$
<input type="checkbox"/> HORAS DE ENFERMEDA PAGADAS – beneficio suplementario			\$
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Multas por retraso en los pagos [Código laboral §203] <input type="checkbox"/> Multas por cheques "rechazados" (cheques emitidos con fondos insuficientes) [Código laboral §203.1] <input type="checkbox"/> Multas por pago de salarios tardíos [Código laboral §210] <input type="checkbox"/> 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: _____

Sun Nombre en Mayúsculas: _____