



Informe o Reclamo Inicial

PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE

| | | |
|---------------|---------|-------------------------|
| Recibido por: | Caso #: | Presentado en la fecha: |
|---------------|---------|-------------------------|

Este reclamo está relacionado con la clasificación errónea que hizo su empleador de usted como contratista independiente en lugar de empleado? **NO** **SI**

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 DLSE 205"]. Mes Día Año | |
| 3. ¿Hay un contrato sindical que proteja su empleo? <input type="checkbox"/> Sí [Si su respuesta es "SÍ," adjunte una copia del convenio colectivo vigente.] <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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. TÉLEFONO FIJO () | 10. OTRO TÉLEFONO () | 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. CORREO ELECTRONICO 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 EMPLEAADOS | 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 (Seleccione 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) (Regular Wages) | | | \$ |
| <input type="checkbox"/> SALARIO DE HORAS EXTRAS (incluido el tiempo doble) (Overtime Wages) | | | \$ |
| <input type="checkbox"/> SALARIOS DE PERIODO DE COMIDA (Meal Period Wages) | | | \$ |
| <input type="checkbox"/> SALARIO DE PERÍODOS DE DESCANSO (Rest Period Wages) | | | \$ |
| <input type="checkbox"/> HORARIO SEPARADO COMPENSADO (Split Shift Premium) | | | \$ |
| <input type="checkbox"/> PAGO POR PRESENTARSE A TRABAJAR (Reporting Time Pay) | | | \$ |
| <input type="checkbox"/> COMISIONES *** (Commission Wages) | | | \$ |
| <input type="checkbox"/> VACACIONES PAGADAS *** (Vacation Wages) | | | \$ |
| <input type="checkbox"/> GASTOS DE NEGOCIO (Business Expenses) | | | \$ |
| <input type="checkbox"/> DEDUCCIONES ILEGALES (Unlawful Deductions) | | | \$ |
| <input type="checkbox"/> HORAS DE ENFERMEDAD PAGADAS (Sick Leave) | | | \$ |
| <input type="checkbox"/> HORAS DE ENFERMEDAD PAGADAS – BENEFICIO SUPLEMENTARIO (Supplemental Sick Leave) | | | \$ |
| <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: _____

Su Nombre en Letras de Molde: _____