Departamento del Trabajo e Industrias

Informacón para completar el

INFORME DE RECLAMO

El Departamento puede aceptar sólo aquellos reclamos que caigan dentro del margen de la ley. A fin de tomar esta determinación, es necesario completar el formulario adjunto de "Informe de reclamo". Un Agente de Relaciones Industriales evaluará la información provista para determinar si puede procesarse el reclamo.

Llene el formulario de la manera más completa que sea posible para dar al Departamento la información necesaria para justificar el reclamo. Si es necesario, use una hoja separada para anotar esta información. Si no se completa el formulario, retrasará el procesamiento o la aceptación del reclamo. Además, los formularios de reclamo los procesa el Agente encargado del ***condado*** en que el ***empleador*** está ubicado. **Por favor asegúrese de enviar por correo el formulario a la oficina correcta de servicio L&I.** (La dirección indicada en el formulario de reclamo es para la oficina de servicio para Olympia únicamante.)

Debe indicar su nombre, dirección y número de teléfono. Si no quiere que se divulgue esta información basándose en los criterios establecidos a continuación en la RCW 42.17.310 (1)(e), por favor marque el cuadro número 27 solicitando esto en el reverso del formulario. Si no le preocupa divulgar su identidad, o si no cumple los criterios establecidos en la RCW 42.17.310 (1)(e), como exención de la divulgación, marque por favor el cuadro número 28 del reverso del formulario. El Departamento no ofrecerá esta información a ninguna persona ni organización; sin embargo, basándose en el precedente judicial y la RCW 42.17, la Ley de Divulgación Pública, no podemos garantizar que su nombre, dirección y número de teléfono se mantengan confidenciales. Si esto le preocupa considerablemente, por favor mencione sus inquietudes a un Agente de Relaciones Industriales. Puede proporcionar información acerca de violaciones a las leyes de sueldos y horas sin identificarse usted mismo o la fuente de la información; no obstante, el Departamento tomaría la determinación de proceder según las normas departamentales.

Además de la información requerida en el formulario de "Informe de reclamo", si el reclamo se relaciona con el sueldo, debe proporcionar documentación que justifique el reclamo.

[RCW 42.17.310 Ciertos registros personales y otros exentos. (1) Los siguientes están exentos de inspección y copia pública: "..... (e) Información que revele la identidad de personas que son testigos o víctimas de crímenes, o que presenten reclamos con agencias investigadores, legales o penales, que no sean la comisión de divulgación pública, si la divulgación arriesgaría la vida, seguridad física o propiedad de una persona. Si en el momento de presentar el reclamo el demandante, la víctima o el testigo indica el deseo de divulgación o no divulgación, dicho deseo será acatado. Sin embargo, todos los reclamos presentados ante la comisión de divulgación pública sobre cualquier oficial elegido o candidato para cargos públicos debe hacerse por escrito, firmándola el demandante bajo juramento. ....."]

Department of Labor & Industries
Employment Standards
PO Box 44510
Olympia WA 98504-4510
(360) 902-5316

INFORME DE RECLAMO

INFORMACION DEL RECLAMO

(Nota: Por favor marque el cuadro de "Divulgación" en el reverso del formulario.)

1. Su nombre (Primer nombre) (Apellido) (Segundo nombre)
☐ Sr. ☐ Sra.

2. Número de teléfono
(Res.) (Trab.)

3. Dirección Ciudad Estado Código postal

4. Número de seg. social

5. ¿Aún está trabajando para este empleador? ☐ Si ☐ No

6. Tipo de trabajo realizado

7. Sueldo: $_____ por Hora ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes ☐

8. Ingreso adicional $_____ por Unidad ☐ Comisión ☐ Fijo ☐

9. ¿Con qué frecuencia se le paga? ☐ Mensualmente ☐ Dos veces al mes ☐ Una semana sí la otra no ☐ Diariamente ☐ Semanalmente

10. Si es menor de 19 años
Fecha de nacimiento (mes-día-año) _____/_____/_____
¿Tenía menos de 18 años cuando fue empleado?
☐ Si ☐ No
¿Se firmó el formulario de autorización de los padres?
☐ Si ☐ No

INFORMACION DE LA COMPANIA

11. Nombre de la compañia

12. ¿Se trata de una empresa agrícola? ☐ Si ☐ No

13. Tipo de negocio

14. Dirección Ciudad Estado Código postal

15. Número de teléfono

16. Dirección donde se realiza el trabajo, si es diferente Ciudad Estado Código postal

17. Número de teléfono

18. Nombre del dueño, gerente o supervisor

19. ¿Es pariente? ☐ Si ☐ No

20. Relación

21. Núm. estimado de empleados afectados por este reclamo

SECCION DE RECLAMO

22. Marque el cuadro adecuado

- ☐ Períodos de comida y descanso
- ☐ Recibos de pago
- ☐ Deducciones no autorizadas
- ☐ No hay día de pago regular
- ☐ Cargos de uniformes
- ☐ No pago de sueldo mínimo
- ☐ No pago de sobretiempo*
- ☐ Sueldo prevaleciente no pagado*
- ☐ Leyes laborales de menores
- ☐ Otro (especifique) _____

* preguntas adicionales al reverso

23. Detailes del reclamo (por favor explique lo que haya marcado más arriba)

Complete la sección de "Persona a contactar y firma" en el reverso del formulario

PERSONA A CONTACTAR Y FIRMA

Por favor indique el nombre, dirección y número de teléfono de una persona a contactar que siempre sepa cómo establecer contacto con usted. Esto es necesario en caso de que debamos comunicarnos con usted por alguna razón y no podamos ubicarlo.

24. Nombre | 25. Número de teléfono

26. Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

27. ☐ NO DIVULGAR mi identidad. Bajo la RCW 42.17.310 (1)(e), solicito que se mantenga confidencial mi identidad pues la divulgación puede arriesgar mi vida, seguridad fisica o propiedad. Además, esta declaración puede ofrecerse a otras agencias si les resulta útil en el desempeño de sus funciones estatutarias. Esta declaración puede estar sujeta a divulgación sólo de acuerdo con los estatutos aplicables como la Ley de Divulgación Pública del Estado de Washington y la norma de agencias.

28. ☐ Mi identidad PUEDE DIVULGARSE si se solicita formalmente bajo la RCW 42.17, la Ley de Divulgación Pública.

En la medida de mi conocimiento, esta es una declaración fiel y exacta.

29. Fecha | 30. Firma

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA DE SOBRETIEMPO Y SUELDO PREVALECIENTE

(Por favor incluya copias de cualquier recibo de sueldo o registro de horas con el formulario de reclamo)

No envíe originales

RECLAMO DE SOBRETIEMPO

31. ¿Con qué frecuencia se le paga?
☐ Mensualmente ☐ Dos veces al mes ☐ Una semana sí la otra no
☐ Semanalmente ☐ Otro (especifique):

32. ¿Cómo se la paga?
☐ Hora ☐ Unidad ☐ Salario ☐ Comisión
☐ Otro (especifique):
¿Sueldo? $ por

33. ¿Se le paga tiempo normal por horas de sobretiempo? ☐ Si ☐ No

34. ¿Tiene recibos de sueldo? ☐ Si ☐ No

35. ¿Tiene su propio registro de horas trabajadas, fuera de los recibos de sueldo? ☐ Si ☐ No

36. ¿El empleador registra las horas de sobretiempo? ☐ Si ☐ No ☐ No sabe

37. ¿Están las horas de sobretiempo en las tarjetas de tiempo? ☐ Si ☐ No ☐ No sabe

RECLAMO DE SUELDO PREVALECIENTE

38. Nombre del proyecto | 39. Agencia asignadora

40. Nombre del contratista general

41. Clasificación del trabajo: (tipo de trabajo realizado)

42. Sueldo por hora $

43. Sueldo prevaleciente requerido (si se conoce) $

44. ¿Habia en el lugar de trabajo un formulario de "Intención de pagar el sueldo prevaleciente"? ☐ Si ☐ No ☐ No sabe

45. ¿Se concluyó el trabajo? ☐ Si ☐ No

46. Fecha de conclusión del trabajo

47. ¿Proporciona su empleador algun beneficio? ☐ Médico ☐ Dental ☐ Vacaciones ☐ Pensión ☐ Feriados ☐ Otro

48. Si marcó "Otro" en el núm. 47, por favor indique otros beneficios

Para uso departamental solamente

Investigado ☐ Si ☐ No
Investigar en campo ☐ Si ☐ No
Citación ☐ Si ☐ No
En caso de Si:
Citación núm.
Violación de RCW núm.
Violación de WAC núm.

Información de cierre
Pagado $
No pagado
Fecha de cierre