

**¿Tiene el formulario correcto?** Utilice este formulario para presentar una queja sobre:

- Salarios no pagados por las horas trabajadas o deducciones de nómina que usted no aceptó (sin incluir los impuestos requeridos).
- Propinas, gratificaciones y cargos por servicio sin pagar.
- Infracciones relacionadas con permisos por enfermedad pagados.
- Horas extras que no se pagaron correctamente.
- Comidas o descansos que no se proporcionaron.
- Problemas con el reembolso de uniformes.
- Infracciones sobre el empleo juvenil.
- Infracciones a las leyes de cuotas de almacén o contra represalias.

**Si su queja trata sobre algo distinto, consulte la [Guía de quejas \(Complaint Guide\)](#) para saber qué formulario llenar.**

**Todos los empleados de Washington, sin importar su situación migratoria, tienen derecho a presentar una queja sobre los derechos del trabajador.** Podemos investigar quejas sobre salarios dentro de los primeros 3 años a partir de la fecha en la que se debieron pagar. Obtenga más información sobre sus derechos en [www.Lni.wa.gov/Workers-Rights](http://www.Lni.wa.gov/Workers-Rights).

### Consejos para llenar este formulario:

- Trate de no saltarse ninguna pregunta. Llene el formulario completo y con claridad. Cuanta más información pueda darnos, más rápido podremos ayudarle.
- Envíe cualquier documento que tenga para respaldar su queja. Los ejemplos incluyen: copias de los talones de cheque, las tarjetas de registro de horas, cheques sin fondos, acuerdos firmados, cualquier comunicado entre usted y su empleador, o incluso su calendario personal del registro de horas trabajadas.

### Después de que haya presentado su queja, nosotros:

- Nos comunicaremos con usted para informarle que hemos recibido su queja. Es posible que solicitemos más información antes de iniciar la investigación.
- Nos comunicaremos con su empleador. Labor e Industrias (L&I) le informará a su empleador que usted presentó una queja por salario/permiso por enfermedad pagado y le enviará una copia de su queja. Al investigar quejas por salarios/permisos por enfermedad pagados, el empleador debe abrir sus registros de horas trabajadas y de nómina para que podamos determinar si se adeudan salarios/permisos por enfermedad pagados. Las quejas sobre los derechos del trabajador están sujetas a difusión pública.
- Investigaremos su queja. Tomaremos una decisión dentro de un plazo de 60 días o le informaremos si necesitamos más tiempo para investigar.

### Tipos de quejas con las que no podemos ayudarle:

- Un negocio en el que usted posee al menos un 20 % de las acciones y las administra activamente.
- Un negocio que le debe dinero a una empresa que es de su propiedad.
- Un empleador que se declaró en bancarota. Usted puede presentar una "Prueba de reclamo" (Proof of Claim) ante el tribunal de bancarota de Estados Unidos.
- Vacaciones no pagadas, pago por días festivos, pago por cesantía o el reembolso por gastos, incluida la gasolina.
- Trabajadores que no residen en Washington.
- Un caso que ya se haya presentado ante un tribunal.

Si ya recibe asesoría sobre su queja de parte de un abogado o defensor, informe a su agente de investigación.

**Continúe en la siguiente página para llenar el formulario.**

Programa de Normas de Empleo  
360-902-5316 o 1-866-219-7321

| For L&I's official use to process complaint |          |
|---|----------|
| WA Unified Business Identifier (UBI):       |          |
| CATS #:                                     | NAICS #: |

## A. Información del trabajador

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Idioma de preferencia:  |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Inglés                                   | <input type="checkbox"/> Español  | <input type="checkbox"/> Camboyano                      | <input type="checkbox"/> Chino simplificado |
| <input type="checkbox"/> Coreano                                  | <input type="checkbox"/> Laosiano   | <input type="checkbox"/> Vietnamita                     | <input type="checkbox"/> Chino tradicional  |
| <input type="checkbox"/> Otro:                                    |   |   |   |
| Nombre (tal como aparece en su identificación: nombre y apellido) |   |   |   |
| Dirección postal  |   | Ciudad  | Estado                                      |
| Código postal   |   |   |   |
| Número de teléfono particular                                     | Número de teléfono celular  | Dirección de correo electrónico                         |   |
| Fecha en la que comenzó a trabajar para este empleador            |   | ¿Sigue trabajando con este empleador?                   |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |
| Si respondió "No", ¿cuándo fue su último día de trabajo?          | Razón por la que abandonó el trabajo  |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Le despidieron <input type="checkbox"/> Renunció <input type="checkbox"/> Lo cesaron <input type="checkbox"/> No lo sabe |   |   |
| ¿Cuál era su trabajo?   |   |   |   |

## B. Información del empleador

|   |  |   |        |
|---|--|---|--------|
| Nombre del empleador (nombre del negocio)   |  | Nombre del contacto del empleador (dueño, gerente o supervisor)   |        |
| Dirección postal del empleador  |  | Ciudad  | Estado |
| Código postal   |  |   |        |
| Dirección en la que trabajaba (si es diferente a la que mencionó antes)                   |  | Ciudad  | Estado |
| Código postal   |  |   |        |
| Número de teléfono del empleador  |  | Número de teléfono celular del empleador  |        |
| Dirección de correo electrónico del empleador   |  |   |        |
| Tipo de negocio (por ejemplo: de construcción, restaurante, etc.)                         |  |   |        |
| ¿La empresa se declaró en bancarrota?   |  | ¿El empleador todavía sigue operando?   |        |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé |  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Bancarrota |        |

## C. Información de la queja relacionada con el salario (Pase a la sección D si su queja *no* es de salario).

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Últimos salarios sin pagar.   | <input type="checkbox"/> Propinas, gratificaciones, cargos por servicio sin pagar.   |
| <input type="checkbox"/> Horas trabajadas sin pagar.   | <input type="checkbox"/> Horas extras que no se pagaron correctamente.   |
| <input type="checkbox"/> Salario mínimo sin pagar.   | <input type="checkbox"/> Pagos realizados con cheques sin fondos (non-sufficient funds, NSF).  |
| <input type="checkbox"/> Salarios acordados que no se pagaron.                                   | <input type="checkbox"/> Deducciones no autorizadas. Dinero deducido de mi cheque sin mi autorización ( <i>distinto a los impuestos</i> ). |
| <input type="checkbox"/> Permiso por enfermedad pagado ( <i>consulte también la Sección E</i> ). |  |

Continúe en la siguiente página

### C. Información de la queja relacionada con el salario (Continuación)

Indique con detalles por qué presenta una queja sobre salarios/permisos por enfermedad pagados y la razón que le dio su empleador para no pagarle. Puede adjuntar hojas adicionales si necesita más espacio.

|   |                          |                           |                          |  |                          |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Tarifa de pago por  | Hora                     | Día                       | Semana                   | Mes  |                          |
| \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                          |
| Otra tarifa de pago por:  | Unidad                   | Comisión                  | Pies cuadrados           | Tarifa fija  | Otro (especifique)       |
| \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Salarios adeudados:   |                          |                           |                          |  |                          |
| Del:  |                          |                           | Al:                      |  |                          |
| ¿Por cuántas horas?   |                          | ¿Recibió un pago parcial? |                          | ¿De cuánto es el pago que se le debe antes de la deducción de impuestos? |                          |
|   |                          |                           |                          | \$   |                          |
| Motivo que su empleador le dio para no pagarle: Puede adjuntar hojas adicionales si necesita más espacio. |                          |                           |                          |  |                          |

|  |  |  |
|--|--|--|
| ¿Qué documentos importantes puede enviar para respaldar su queja sobre salarios/permisos por enfermedad pagados? Puede adjuntar a su queja las copias de sus registros o enviarlas posteriormente a L&I. |  |  |
| <input type="checkbox"/> Acuerdo de salario/empleo por escrito   | <input type="checkbox"/> Registro de asistencias                         | <input type="checkbox"/> Mensajes de texto, fotos, correos electrónicos  |
| <input type="checkbox"/> Horarios de turnos  | <input type="checkbox"/> Talones de cheque                               | <input type="checkbox"/> Registros personales de tiempo                  |
| <input type="checkbox"/> Copias de cheques sin fondos  | <input type="checkbox"/> Copias de la(s) tarjeta(s) de registro de horas | <input type="checkbox"/> Manual para empleados                           |
| <input type="checkbox"/> Registros de cuotas por cheques sin fondos  | <input type="checkbox"/> Registros de permisos por enfermedad            | <input type="checkbox"/> Libros de nómina                                |
| <input type="checkbox"/> Otro:   |  |  |
| ¿Le ha solicitado sus salarios a su empleador?   |  | Si la respuesta es "Sí", ¿en qué fechas los solicitó?                    |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |  |  |
| ¿Cuál era el día de pago programado para los salarios que reclama?   |  |  |
| ¿Con qué frecuencia le pagaban?  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente     |  |  |
| ¿Tiene un contrato de trabajo por escrito? Si la respuesta es "Sí", adjunte una copia.   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |  |  |
| ¿Forma parte de un sindicato?  |  | Si la respuesta es "Sí", ¿cómo se llama su sindicato?                    |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |  |  |
| ¿Le pagaban las horas extra como horas normales?   |  | ¿Se registraron las horas extra?   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  |
| ¿Le dieron sus talones de cheque?  |  | ¿Cuenta con talones de cheque? Si la respuesta es "Sí", adjunte copias.  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé  |  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  |
| ¿Cuenta con un abogado que haya presentado una demanda ante el tribunal para cobrar estos salarios?  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", no podemos aceptar su queja.  |  |  |
| ¿Usted le debe dinero a su empleador?  |  | ¿Tiene un contrato por escrito? Si la respuesta es "Sí", adjunte copias. |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  |
| Monto adeudado \$  |  |  |
| ¿Por qué?  |  |  |

**Continúe en la siguiente página**



### Firma del trabajador obligatoria

- Al enviar este formulario, confirmo que la información proporcionada es precisa y verdadera. También acepto cooperar y comunicarme con el investigador asignado. Mi nombre a continuación en este formulario constituye mi firma.

---

Firma (letra de molde o a máquina)

---

Fecha

*Para obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades laborales en Washington, visite:*  
[www.Lni.wa.gov/WorkplaceRights](http://www.Lni.wa.gov/WorkplaceRights)