



Rhode Island Department of Labor and Training
 LABOR STANDARDS UNIT – BLDG. 70/2
 1511 Pontiac Avenue. P.O. Box 20390
 Cranston, RI 02920-0944

OFFICIAL USE ONLY:

Case Number: _____
 Date Received: _____
 Dated Closed: _____
 Examiner: _____

FORMULARIO DE QUEJA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO SALARIAL

Llene ambos lados de éste formulario, firmelo y envíelo a la dirección que aparece arriba. **No lo envíe por fax o de manera electrónica.** Ecribas en letra de molde y de acuerdo a su conocimiento. Incluya copia de documentos que podrían ser relevantes a su queja. Por favor notifique a ésta oficina por correo, inmediatamente, si usted cambia de dirección, número de teléfono o si le pagaron.

INFORMACION DEL EMPLEADO:

1. Su Nombre Completo: _____
2. Últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social: _____
3. Su Dirección (Número y Calle): _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
4. Número de Teléfono: _____ 5. Número de Celular: _____
6. Dirección electrónica _____
7. Su Título/Ocupación o tipo de trabajo que realizo: _____

INFORMACIÓN DE TRABAJO: (su queja no será aceptada a menos que se llene ésta sección)

8. Nombre de la compañía: _____ 9. Teléfono: _____
10. Dirección de la empresa (No buzón de Correo): _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
11. Otro nombre(s) de la compañía que podría estar usando el empleador: _____
12. Nombre de la persona a cargo de la compañía: _____
13. Título: _____
14. Trabajó usted en la dirección de la compañía mencionada en la casilla #10? Sí No
 Si no, por favor proporcione la ubicación donde se hizo el trabajo: _____
15. Horas por semana: _____ 16. Pago por hora: _____
17. Tipo de salario: Por hora Salario Comisión Otro, por favor explique: _____
18. Fecha que lo emplearon: _____ 19. Fecha de separación: _____
20. Razón de la separación (despido, abandono): _____
21. Esta usted representado por un abogado? Sí No
 Si contesto si, por favor provea el nombre de su abogado: _____

22. Por favor indique la razón(es) por la cual usted hace éste reclamo:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salario(s) final no fué recibido | <input type="checkbox"/> Comisión no recibida / incorrecta | <input type="checkbox"/> Pago por enfermedad/
Permiso por abuso doméstico |
| <input type="checkbox"/> Pago de vacaciones por concepto de despido* | <input type="checkbox"/> Salario mínimo | <input type="checkbox"/> Pago de horas extras |
| <input type="checkbox"/> No contra-cheque | <input type="checkbox"/> Deducciones Ilegales | <input type="checkbox"/> Turno de trabajo mínimo |
| <input type="checkbox"/> Clasificado no apropiadamente como
Contratista Independiente | <input type="checkbox"/> Cheque sin fondo | <input type="checkbox"/> Pago por Domingo y
días feriados |

* Si seleccionó Vacaciones, por favor provea una copia de la poliza sobre vacaciones.

23. Le pregunto usted a su empleador por el dinero que cree usted se le debe? Sí No

Si contestó si, a quién le pidió usted el dinero? Nombre: _____

Título: _____

Si contestó no, ¿por favor, explique la razón(es). Por favor sea específico.

24. Ha firmado usted un contrato de trabajo o un acuerdo como contratista independiente? Sí No

Si contesto si, provea una copia del contrato junto con éste formulario.

25. Mencione las fechas y horas de las cuales usted cree que se la debe salario y la cantidad que usted a reclamando.

Adjunte, proveer informacion adicionales en hojas adicionales si es necesario y proporcionar toda la documentación pertinente a su reclamo.

Cantidad Total de Reclamo: \$ _____

Por éste medio certifico, de acuerdo a mis conocimientos y creencia, que ésta es una declaración verdadera de los factores relacionados con mi queja. Igualmente por éste medio autorizo al Director del Department de Labor y Entrenamiento, a recuperar la deuda salarial y penalidades acumuladas por concepto a la falta de pagos y otros asuntos relacionados.

Firma: _____

Fecha: _____

Printiar Su Nombre: _____

Niño(as) menores requieren la firma del Padre o Madre: _____

IMPORTANTE: Ésta División tiene jurisdicción sobre salarios cuestionados únicamente. No podemos asistirlo en obtener pagos por tiempo no trabajado, gastos, asuntos de impuestos, plan de pensión o desempleo.

The Department of Labor and Training asegura Igualdad y Oportunidad de empleo y proveen servicios de empleo y entrenamiento. Si lo requiere, diferentes servicios (ayudantes auxiliares) están disponible para personas con incapacidades. TTY via RI Relay: 711