



STATE OF RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF LABOR AND TRAINING
LABOR STANDARDS UNIT – BUILDING 70-2
P.O. Box 20390, Cranston, RI 02920-0944
T: 401-462-8550 | E: DLT.LaborStandards@dlt.ri.gov

OFFICIAL USE ONLY

Case Number:
Date Received:
Date Closed:
Examiner:

FORMULARIO DE QUEJAS DE EQUIDAD SALARIAL

Complete este formulario por los dos lados, fírmelo y envíelo a la dirección indicada arriba o por correo electrónico a DLT.LaborStandards@DLT.RI.Gov; **no lo envíe por fax**. Escriba a máquina o con letra clara. Los formularios incompletos serán devueltos. Complete TODOS los puntos según lo mejor de su conocimiento. Adjunte todas las copias de la documentación que pueda ser relevante para su reclamación. Por favor, notifique a esta oficina inmediatamente por correo si cambia de dirección, número de teléfono o si ha recibido un pago.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre: Sr. Sra. Srta. _____ SSN: _____
(primer, segundo, Inicial apellido)

Dirección: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Email: _____

Título del puesto: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR *(No se aceptará ninguna queja sino que se complete esta sección.)*

Nombre de empresa: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Nombre del presidente/propietario: _____ Título: _____

Nombre del gerente local: _____

Lugar donde se realizó el trabajo (si es diferente al anterior): _____

Fecha de contratación: _____ Último día trabajado: _____
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)

¿Te dieron el alta o usted se fue? Discharged Se fue voluntariamente

¿Estás colectando el seguro de desempleo? Sí No

¿Ha discutido usted la cuestión de la equidad salarial con tu empleador? Sí No

Si es así, ¿cuál fue su respuesta?

¿Cuándo habló usted con su empleador? por última vez _____
(mm/dd/aaaa)

¿Con quién hablo? _____ Título: _____

Número de teléfono de la empresa (si es diferente al de arriba): _____

La razón de la empresa para la disparidad salarial: _____

Tasa de pago: \$ _____ por hora por semana

INFORMACIÓN SOBRE SALARIOS IMPAGOS

¿Salarios no pagados? Sí No

¿En qué fechas trabajó usted por el dinero que afirma que le deben?

Desde: a Cantidad total adeudada: \$
mm/dd/aaaa mm/dd/aaaa

¿A tomado usted alguna otra accion en contra de su empleador en este asunto? Sí No

Si es así, por favor explique.

--

¿Cooperaría usted plenamente con la Procuraduría General de la República, incluso comparando ante una corte?	Yes	No

EXPLIQUE EN DETALLE Los hechos que justifican su queja por equidad salarial. ¿Qué le llevó a descubrir la disparidad salarial? Proporcione detalles sobre su queja. Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales.

Por la presente certifico que, según lo mejor de mi conocimiento esta es una declaración verdadera de los hechos relacionados con mi queja.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Si el niño menor de edad requiere la firma de los padres: _____

POR FAVOR IMPRIMA EL FORMULARIO DE RECLAMO, FIRME Y ENVÍELO A LA DIRECCIÓN QUE APARECE ARRIBA DEL FORMULARIO.