

Division of Labor Standards
1220 Washington Ave.
Building 12, Room 185B
Albany, NY 12226

WE ARE YOUR DOL



Office Use Only:

LS ID _____

LCM _____

PV _____ Priority _____

Taken by _____

Date ____ / ____ / ____

Formulario de queja sobre normas laborales

Utilice este formulario para reclamar sueldos no pagados, deducciones ilegales, suplementos salariales, salario mínimo, tiempo extra, falta de un período de comida, etc.

Nota: Este formulario de queja está disponible en idiomas distintos al inglés. Cualquier persona que trabaje en el Estado de New York puede presentar una queja ante el Departamento de Trabajo del Estado de New York.

Responda todas las preguntas de cada parte del formulario que se relacione con su reclamo. Al proporcionarnos información completa nos ayuda a analizar su queja y aceptarla para su investigación. Devuelva su formulario contestado a la dirección que aparece arriba.

Nos comunicaremos con usted si no tenemos suficiente información para proceder o si su reclamo parece no ser válido. Si tiene preguntas acerca de cómo llenar este formulario, llame al (888) 469-7365.

No podemos aceptar las siguientes reclamaciones de sueldos o suplementos:

- Por trabajos desempeñados fuera del Estado de New York.
- De cualquier persona empleada en funciones administrativas, ejecutivas o profesionales que gane más de \$1,300 brutos por semana (están excluidos de la cobertura por las secciones 190[7] y 198-c[3]).
- De personas empleadas por una entidad pública, como un municipio, condado o ciudad.
- De personas que tienen su propia empresa.
- Por trabajos desempeñados en un proyecto de obras públicas (utilice el formulario PW-4).

Parte 1. Persona que presenta la reclamación (información del empleado/reclamante)

1. Nombre:(primer nombre) _____ (segundo nombre) _____ (apellido) _____
2. Otro nombre por el que se le conoce en el trabajo: _____
3. Dirección postal: _____ Depto. _____ Ciudad: _____
Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____
4. Teléfono: (____) ____ - ____ 5. Otro teléfono: (____) ____ - ____
6. Correo electrónico: _____ 7. Su lengua materna/idioma preferido: _____

Parte 2. Reclamación en contra de (información de la empresa/el propietario (dueño de la empresa)

- 8a. Nombre de la empresa: _____
- 8b. Nombre legal (si es diferente): _____
- 8c. Tipo de entidad legal: Individuo LLC Asociación Corporación Otra: _____
- 8d. Dirección postal: _____ Piso/Oficina: _____ Ciudad: _____
Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____
- 8e. Teléfono de la empresa: (____) ____ - ____ 8f. Correo electrónico: _____

9a. Nombre(s) del/de los propietarios(s) y puesto(s):

9b. Dirección postal: _____ Depto. _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

9c. Teléfono del propietario: (____) ____ - ____ 9d. Correo electrónico: _____

10. Tipo de empresa:

restaurante tienda minorista ayuda doméstica construcción oficina otra: _____

11. Horario de operación de la empresa: _____ 12. Número total de empleados: _____

13a. ¿La empresa aún funciona? Sí No 13b. Si contestó que no, ¿cuándo cerró? _____

14. Nombre y ubicación del banco del empleador (adjuntar copia de un cheque o talón de cheque):

15. ¿El empleador ha declarado bancarrota? Sí No Desconocido

Parte 3. Persona que presenta la reclamación (información del empleo)

16. Su puesto: _____

17. Tipo de trabajo que realizaba:

18. Fecha de contratación: ____ / ____ / ____

19. Nombre y puesto de la persona que lo contrató: _____

20. Nombre(s) de su gerente/supervisor/capataz: _____

21. Nombre de la persona que pagaba su sueldo: _____

22. Dirección del lugar de trabajo: _____ Piso/Oficina: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

23. Viajaba con regularidad fuera del Estado de New York por trabajo? Sí No

24. Su relación con la empresa:

Sigue empleado Fue despedido Renunció despedido temporalmente

25a. Último día trabajado: ____ / ____ / ____ 25b. Motivo de su salida: _____

26a. ¿Era miembro de un sindicato? Sí No

26b. Si contestó que sí, nombre y n.º de local del sindicato: _____

27a. Su sueldo: \$ _____ por día semana hora otro: _____

27b. Su sueldo por tiempo (horas) extra: \$ _____

28a. ¿Recibía propinas con regularidad? Sí No

28b. Si contestó que sí, ¿cuánto por hora, en promedio? _____

28c. ¿Su empleador se ha quedado con sus propinas o las de otro empleado?

No Sí – las de usted Sí – las de otros

28d. Si contestó que sí, ¿cuánto era el promedio por día o por semana?

Por favor Explique: _____

29a. ¿Cuál era su día de pago? Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Dom

29b. ¿Qué período cubría? (por ejemplo, de Sáb a Vie) _____

30. ¿Con qué frecuencia le pagaban? Diaria Semanal Cada dos semanas Otra: _____

31. ¿Cómo le pagaban? Efectivo Cheque Depósito directo Tarjeta de pago
Combinación (explique - por ejemplo, parte en efectivo y parte en cheque) _____

32a. ¿Tenía que usar uniforme? Sí No

32b. Si contestó que sí, describa el uniforme: _____

32c. ¿Los uniformes eran gratis? Sí No

32d. Si contestó que no, ¿cómo compraba los uniformes y cuánto costaban?

Parte 4. Reclamación de sueldos no pagados

Llene esta sección si le deben sueldos (ver la parte 7 si le deben pagos por tiempo extra). Use un renglón por cada semana. Los sueldos brutos significan el sueldo ganado antes de impuestos y otras deducciones. Adjunte una o más hojas para semanas adicionales, o para proporcionar más información.

A. Fecha de terminación de la semana de pago	B. Número de días trabajados en la semana	C. Horas trabajadas en la semana	D. Sueldo (Ganado o prometido)	E. Deducciones ilegales del salario (por ejemplo, multas, mermas, etc.)	F. Salario bruto debido por la semana	G. Sueldo bruto pagado (Si el empleador pagó parte del sueldo debido, escriba el importe aquí)	H. Diferencia entre el sueldo bruto debido y el sueldo bruto pagado
Ej. 4/4/2017	7	35	\$16.00 por hora		\$560 (CxD)	\$0	\$560 (F-G)
I. Total							

33a. Si el banco no cumplió con su cheque de pago, proporcione el número de cheque y la fecha de finalización de la semana de pago. Si está disponible, proporcione una copia del cheque.

33b. Período de reclamación: ¿Qué período de pago cubre su reclamación de sueldo?

Fecha del ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Parte 5. Permiso por enfermedad con goce de sueldo no pagado

Llene esta sección si le deben permiso por enfermedad con goce de sueldo. La Sección 196-b de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York ordena a los empleadores con cinco o más empleados o con ingresos netos por más de 1 millón de dólares que brinden permiso por enfermedad pagado a sus empleados. El 30 de septiembre de 2020, los empleados cubiertos en el Estado de Nueva York empezaron a acumular permiso a una tasa de una hora por cada 30 horas trabajadas. A partir del 1 de enero de 2021, los empleados pueden empezar a usar el permiso acumulado.

A. Período en que se acumuló el permiso por enfermedad con sueldo	B. Cantidad de permiso por enfermedad con sueldo acumulado	C. Fecha(s) en que se usó el permiso por enfermedad con sueldo	D. Cantidad de tiempo de beneficio debido	E. Sueldo regular	F. Importe del pago del beneficio debido
Ej. 30/Sep/20-8/Ene/21	16.5 horas	11/Ene/21	8 horas	\$20/hora	\$160
G. Total					

Parte 6. Reclamación de suplementos salariales no pagados

Llene esta sección para los suplementos salariales que se le deban. Los suplementos salariales son beneficios adicionales prometidos por el empleador, como pago de vacaciones, gastos, pago de días feriados, etc.

34. Explique los beneficios prometidos o adjunte una copia de la política o manual escrito:

A. Tipo de beneficio debido	B. Período de tiempo para el que se ganó el beneficio	C. Fecha de pago del beneficio	D. Cantidad de tiempo por la que se debe el beneficio	E. Importe de pago debido del beneficio	F. Beneficio prometido por:
Ej. Pago de vacaciones	1/1/16–12/31/16	1/1/17	1 semana	\$700	<input checked="" type="checkbox"/> política escrita <input type="checkbox"/> promesa verbal
					política escrita promesa verbal
					política escrita promesa verbal
					política escrita promesa verbal
G. Total					

Parte 7. Reclamación de salario mínimo o tiempo (horas) extra no pagados

Llene esta sección si le pagaban menos del salario mínimo estatal por hora y/o si no le pagaron tiempo extra, o si le deben un pago adicional por trabajar 2 turnos en un día o por trabajar más de 10 horas en un día. A la mayoría de los empleados se les debe pagar por lo menos el salario mínimo y tiempo y $\frac{1}{2}$ si trabajan más de 40 horas por semana.

35a. ¿Le pagan el salario mínimo por cada hora trabajada? Sí No

35b. ¿Le pagan tiempo y $\frac{1}{2}$ por las horas trabajadas por encima de 40? Sí No

35c. ¿Le pagan un sueldo por las horas trabajadas más de 40? Sí No

35d. Si contestó que sí, ¿cuánto por hora? _____

35e. ¿Le pagan una hora extra por trabajar 2 turnos en un día o por trabajar más de 10 horas en un día?
Sí No

35f. Si contestó que no a cualquiera de las preguntas anteriores, explique y llene el horario de su semana laboral:

A. Día laboral	B. Hora de inicio del día laboral	C. Hora de terminación del día laboral	D. Tiempo libre para comer	E. Total de horas
Ejemplo	10:00 am	11:00 pm	30 min	12.5 hours
Domingo	:	:		
Lunes	:	:		
Martes	:	:		
Miércoles	:	:		
Jueves	:	:		
Viernes	:	:		
Sábado	:	:		
F. Total semanal				

- 36a. ¿Las horas que describió arriba son las mismas todas las semanas? Sí No
- 36b. Si contestó que no, proporcione un promedio de las horas trabajadas por semana: _____
- 36c. ¿Le deben pagos por ser llamado a trabajar con poca anticipación o por limpieza de uniformes?
Sí No Si contestó que sí, explique y proporcione las fechas. _____
- 36d. Período de reclamación: ¿Qué período de tiempo cubre su reclamación de salario mínimo o tiempo extra no pagados? Fecha del: ___ / ___ / ___ al: ___ / ___ / ___
- 36e. Proporcione información sobre susueldo regular y por tiempo extra durante el período de reclamación anterior.
- Fecha del: ___ / ___ / ___ al: ___ / ___ / ___
- Regular: \$ _____ por _____ Tiempo extra: \$ _____ por _____
- Fecha del: ___ / ___ / ___ al: ___ / ___ / ___
- Regular: \$ _____ por _____ Tiempo extra: \$ _____ por _____
- Fecha del: ___ / ___ / ___ al: ___ / ___ / ___
- Regular: \$ _____ por _____ Tiempo extra: \$ _____ por _____

Parte 8. Reclamación no salarial

**Marque las opciones correspondientes si quiere hacer una reclamación no relacionada con salarios.
Marque todas las que correspondan. Explique y adjunte una hoja adicional si es necesario.**

El empleador no cumplió sus siguientes obligaciones:

- 37a. Brindar un período de comida de 30 minutos _____
¿Le pagaron el tiempo trabajado cuando el empleador no le brindó el período de comida?
Sí No
- 37b. Entregar un estado de cuenta del sueldo (recibo de nómina) _____
- 37c. Brindar un día de descanso _____
- 37d. Entregar un aviso de sueldo con toda la información obligatoria _____
- 37e. Registrar la acumulación del permiso por enfermedad con goce de sueldo exigido en el estado de Nueva York _____
- 37f. Publicar los avisos requeridos y el cartel sobre el salario mínimo _____
- 37g. Seguir las reglas sobre el empleo de menores de edad (menores de 18 años) _____
- 37h. Otro _____

Parte 9. Información complementaria sobre la reclamación

38a. ¿Usted solicitó su sueldo? Sí No

38b. Si contestó que sí, explique. ¿A quién y cuándo se lo pidió, y qué ocurrió?

38c. ¿Ya ha tomado alguna medida, como presentar una demanda ante un tribunal para casos menores o una demanda judicial, para recuperar sus sueldos? Sí No

38d. Si contestó que sí, explique: _____

Parte 10. Asistencia para la reclamación

39a. ¿Tiene un representante (por ejemplo, abogado privado, grupo de defensores)? Sí No

39b. Si contestó que sí, proporcione el nombre de la persona o el grupo: _____

39c. ¿Este representante le ha ayudado a presentar esta reclamación? Sí No

39d. ¿Le ha pagado a este representante, o planea pagarle? Sí No

39e. ¿Desea que hablamos con este representante sobre su reclamación? Sí No

Si contestó que sí, los representantes deben entregar una carta de representación (LS 11).

39f. ¿Alguna persona, además del representante, le ayudó a llenar este formulario? Sí No

39g. Si contestó que sí, ¿quién le ayudó y por qué? _____

Comentarios adicionales/Información de utilidad:

Al presentar esta reclamación, usted reconoce y comprende que el NYSDOL, a criterio de la autoridad del Comisionado del Departamento de Trabajo, evaluará su queja para la investigación, dispondrá el alcance de la investigación de cualquier tipo de reclamación aceptada y solucionará las reclamaciones con la mayor celeridad posible. El Comisionado del Departamento de Trabajo será responsable de determinar la disposición de las reclamaciones y la resolución de las infracciones.

Certifico que la información anterior es verdadera en la medida de mi conocimiento y soy consciente de que existen sanciones por realizar declaraciones falsas. Autorizo al Comisionado de Trabajo, a sus delegados y a sus agentes para que reciban, endosen mi nombre y depositen en la cuenta del Comisionado de Trabajo los cheques y órdenes de pago que se expidan a mi nombre como pago de estas reclamaciones. Notificaré al Departamento de Trabajo del Estado de New York si mi información de contacto cambia.

_____ / _____ / _____
Firma del reclamante

Fecha

Devuelva su formulario contestado a la dirección que aparece en la página 1.