

Departamento de Trabajo e Industria de Virginia
División de Derecho Laboral y Empleo

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE "RECLAMO POR SALARIOS IMPAGOS"

POR FAVOR, LEA ESTAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE

El formulario adjunto de reclamo por salarios impagos debe ser completado, impreso, firmado y devuelto por correo para que su reclamo sea investigado. Por favor, complete todas las secciones del formulario en su totalidad. Si es necesario, utilice una hoja de papel adicional para proporcionar información o explicaciones adicionales. Envíe el formulario de reclamo original e incluya **copias de** todos los documentos que respalden su reclamo – **los documentos originales no le serán devueltos**. Debe poder demostrar que se le deben salarios impagos o injustamente deducidos. Los formularios incompletos serán devueltos, causando un retraso en la investigación de su reclamo.

NOTA: Debe presentar su reclamo ante el Departamento dentro de un plazo de tres (3) años a partir de la fecha en que se devengaron sus salarios.

EMPLEADOS PAGADOS POR HORA:

Si está reclamando salarios basados en un salario por hora, incluya las fechas, días y horas trabajadas por las que no se le pagó e incluya el monto total de salarios que está reclamando. Proporcione documentación, como un recibo de sueldo, para verificar su empleo y tarifa de pago; de lo contrario, nuestra capacidad de hacer cumplir el reclamo puede ser limitada.

EMPLEADOS PAGADOS POR SALARIO:

Si está reclamando salarios impagos basados en un salario fijo, indique el número máximo de horas y días que debía trabajar para recibir dicho salario. Proporcione documentación, como un recibo de sueldo, para verificar que el salario o sus deducciones que está reclamando sean precisos. Proporcione fechas, días y horas trabajadas por las que no se le pagó e incluya el monto total de salarios que está reclamando.

EMPLEADOS PAGADOS POR COMISIÓN:

Indique el monto total de los salarios que reclama y explique cómo llegó a esa cantidad. Por favor proporcione una copia de su acuerdo de comisión con su empleador. Explique qué debía hacer para ganar la comisión y bajo qué circunstancias la comisión se consideraría devengada y pagadera si no existe un documento escrito de comisión. Especifique cualquier anticipo que haya recibido. Identifique cada cuenta específica por la cual solicita el pago de una comisión e indique el monto en dólares de la comisión reclamada para cada cuenta. Proporcione documentación, como un recibo de sueldo, para verificar su empleo y que la tasa de comisión reclamada sea precisa.

LA ACEPTACIÓN DE ESTE RECLAMO NO GARANTIZA EL COBRO DE SALARIOS:

Tras la aceptación de su reclamo por el Departamento de Trabajo e Industria de Virginia, no asuma que su reclamo es válido y cobrable. En caso de que el empleador dispute sus cargos, será SU responsabilidad proporcionar evidencia documental que demuestre el monto y la validez de su reclamo. Además, debe proporcionar el nombre completo y la dirección postal de la empresa junto con el nombre completo y la dirección del propietario o representante de la empresa. Dado que los reclamos salariales son manejados por oficiales de cumplimiento individuales, no proporcionamos informes periódicos de progreso. Las solicitudes de informes de progreso solo obstaculizan la pronta resolución de su reclamo. Cuando se haga una determinación final, o cuando se necesite información adicional, se le notificará. Por favor notifique a esta oficina inmediatamente por *escrito* de cualquier cambio en su dirección, número de teléfono, o si recibe el pago de su empleador. Puede contactarnos por correo postal de EE.UU. a la dirección indicada a continuación o por correo electrónico a laborlaw@doli.virginia.gov.

EVIDENCIA DIGITAL:

Si tiene evidencia digital para respaldar su reclamo (archivos PDF, capturas de pantalla, archivos de audio / video, etc.) que **no puede** imprimir y adjuntar a este formulario de reclamo, por favor indíquelo en el espacio en blanco en la parte inferior de la segunda página del formulario. Si el Departamento requiere esta evidencia digital, un oficial de cumplimiento se la solicitará durante el transcurso de la investigación. **No envíe esta evidencia a través de una unidad USB o disco, ya que el Departamento no podrá aceptarla.**

DEFINICIÓN DE "SALARIOS":

Según las leyes de pago de salarios de Virginia, los "salarios" son específicamente dinero ganado por el trabajo realizado. Las licencias por enfermedad, vacaciones, tiempo libre pagado y despido se consideran "beneficios adicionales", sobre los cuales el Departamento **NO** tiene autoridad de aplicación. **Los reclamos por beneficios adicionales impagos le serán devueltos.** Si no se le ha pagado un beneficio adicional al que cree que tiene derecho, puede presentar una demanda civil contra su empleador.

Usted puede presentar un reclamo por salarios impagos con esta agencia o presentar una demanda civil contra su empleador, **pero no ambos**. Si decide iniciar un procedimiento civil contra su empleador, todas las acciones de cobro por parte de esta agencia cesarán.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR EL FORMULARIO DE "RECLAMO POR SALARIOS IMPAGOS"

Envíe los formularios de reclamo completados solo por correo postal de los EE.UU. ¡Los formularios enviados por fax o correo electrónico no serán aceptados!

Por favor envíe su formulario de reclamo completado a la siguiente dirección:

**Division of Labor and Employment Law
Virginia Department of Labor and Industry
201 Lee Highway P.O. Box 77
Verona, Virginia 24482**

Recuerde firmar el formulario de reclamo y asegúrese de incluir la dirección completa del empleador, así como el monto total de salarios reclamados. Por favor incluya su dirección de correo electrónico para recibir notificaciones sobre su reclamo. Si tiene preguntas sobre cómo completar el formulario de reclamo, llame al (540) 248-9280. Una vez que su formulario de reclamo haya sido recibido y procesado por el Departamento, se le comunicará con los siguientes pasos.

Número de reclamo: _____

Solo para uso oficial



**DEPARTAMENTO DE TRABAJO E INDUSTRIA DE VIRGINIA
DECLARACIÓN DE RECLAMO POR SALARIOS IMPAGOS**

Por favor escriba o imprima claramente. Es posible que no podamos ayudarle si sus respuestas son incompletas o ilegibles.

SU NOMBRE COMPLETO: _____

SU DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿CUÁL ERA SU CARGO? _____

FECHA DE CONTRATACIÓN: _____ FECHA DE TERMINACIÓN: _____ ÚLTIMO DÍA TRABAJADO _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR: _____

¿HA EXIGIDO EL PAGO DE LOS SALARIOS QUE RECLAMA? **SI** **NO**

SI ES ASÍ, ¿EN QUÉ FECHA PIDIÓ SU SALARIO? _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE NEGÓ A PAGARLE: _____

RAZÓN PROPORCIONADA: _____

NOMBRE DEL NEGOCIO: _____

TIPO DE NEGOCIO: _____ NÚMERO APROXIMADO DE EMPLEADOS: _____

DIRECCIÓN DEL NEGOCIO (CALLE): _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DEL NEGOCIO: _____ TELÉFONO FIJO/CELULAR DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN DE CORREO DEL NEGOCIO, SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DE CALLE: _____

¿REALIZÓ EL NEGOCIO ACTIVIDADES BAJO OTROS NOMBRES? **SI** **NO** IDENTIFICAR: _____

NOMBRE DEL PRESIDENTE O DUEÑO DE LA EMPRESA: _____ CARGO: _____

DIRECCIÓN DEL PRESIDENTE O DUEÑO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

IDENTIFIQUE EL LUGAR DONDE REALIZÓ EL TRABAJO PARA ESTE NEGOCIO.

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

1. SI NO ¿ESTÁ EL NEGOCIO CERRADO O EN DECLARADO EN QUIEBRA?
2. SI NO ¿TENÍA USTED UN ACUERDO DE EMPLEO ESCRITO? (*Adjunte una fotocopia de cualquier acuerdo que pueda tener*)
3. SI NO ¿FUE CONTRATADO PARA TRABAJAR COMO SUBCONTRATISTA O AGENTE INDEPENDIENTE?
4. SI NO ¿TRABAJASTE PARA ESTE NEGOCIO COMO AUTÓNOMO?
5. SI NO ¿ERA DIRECTOR CORPORATIVO, DUEÑO O SOCIO EN EL NEGOCIO?
6. SI NO ¿PRESENTÓ UNA DEMANDA ANTE UN TRIBUNAL POR SALARIOS IMPAGOS?
SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ¿EN QUÉ TRIBUNAL LA PRESENTÓ? _____
7. SI NO ¿HA CONTRATADO A UN ABOGADO?
8. SI NO A EXCEPCIÓN DE LOS IMPUESTOS, ¿SE DEDUJO DINERO DE SUS SALARIOS SIN SU
CONSENTIMIENTO ESCRITO?
Si es así, ¿cuánto dinero se dedujo? USD _____
¿Cuál era el propósito de la deducción? _____
9. SI NO ¿EL NEGOCIO LE ENTREGÓ UN CHEQUE DE PAGO RECHAZADO? (*Adjunte copias de todos los cheques de pago que le hayan entregado*).

10. MARQUE LO QUE APLICA A USTED: ASALARIADO POR HORA COMISIONES
TARIFA DIARIA PAGADO POR EL TRABAJO O PIEZA

11. ¿CUÁL ERA SU TARIFA DE PAGO? USD _____ POR _____
(Hora, mes, año, pieza, etc.)

12. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE PAGABAN? _____ ¿ÚLTIMA FECHA EN LA QUE LE PAGARON? _____

13. ¿POR QUÉ PERÍODO DE TIEMPO NO SE LE PAGÓ SU SALARIO? DESDE _____ HASTA _____
(Mes – Día – Año) (Mes – Día – Año)

14. ¿CUÁL ES EL MONTO BRUTA TOTAL DE SALARIOS IMPAGOS QUE USTED RECLAMA? USD _____

("Monto bruto" significa antes de que se resten los impuestos de sus salarios). Nota: Licencia por enfermedad, feriados pagados, licencia por vacaciones, indemnización por despido, viáticos y reembolsos de gastos NO son salarios. NO INCLUYA ESTOS ÍTEMS EN EL MONTO EN DÓLARES DE SU RECLAMO.

15. ¿FUE EL TRABAJO PARTE DE UN PROYECTO DE OBRAS PÚBLICAS DEL ESTADO DE VIRGINIA? **SI** NO

16. ¿ESTÁ USTED RECLAMANDO QUE SU TARIFA DE PAGO ESTABLECIDA ESTABA POR DEBAJO DEL SALARIO MÍNIMO DE VIRGINIA? **SI** NO

UTILICE ESTE ESPACIO PARA MOSTRARNOS CÓMO LLEGÓ AL MONTO EN DÓLARES DE SU RECLAMO SALARIAL. ADJUNTE COPIAS DE LOS TALONARIOS DE CHEQUES DE PAGO, "CHEQUES REBOTADOS", FORMULARIOS FEDERALES W-2 O 1099, ACUERDOS DE EMPLEO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO DE RESPALDO QUE PUEDA TENER.

Juro y certifico que la información que he proporcionado al Departamento de Trabajo e Industria es verdadera y exacta, y por la presente autorizo al Departamento de Trabajo e Industria de Virginia a divulgar toda la información contenida en mi archivo de quejas, para investigar mis cargos y tomar cualquier acción que considere necesaria para hacer cumplir las disposiciones de la Sección 40.1-29, Código de Virginia. Asimismo, autorizo que se libere una fotocopia de este formulario de queja, junto con mis documentos de respaldo, a la empresa que he nombrado en esta queja. Entiendo que si a sabiendas hago una declaración falsa en este formulario de queja, o si a sabiendas hago una declaración falsa a cualquier miembro del estado del Departamento de Trabajo e Industria, podría estar sujeto a una multa de hasta USD 10.000 o prisión de hasta 6 meses o ambas.

Firma del reclamante – Por favor, firme en **tinta**. FECHA: _____