



Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York

División de Normas Laborales Reclamo de salarios no pagados

Responda todas las preguntas incluidas en ambos lados del formulario. Escriba en letra de imprenta clara.

Envíelo a: NYS Dept. of Labor,
Division of Labor Standards, Bldg. 12 Rm.185C
State Office Campus, Albany NY 12240

Para uso oficial exclusivo **W**

Identification Number

Refer to wage suppl. I.D. No. (if any)

Taken By

La sección 190.7 de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York no cubre el pago de salarios de personas que se desempeñan en tareas administrativas, ejecutivas o profesionales con ingresos brutos superiores a \$900 semanales

Nota: es necesario que usted haya solicitado el pago de los salarios adeudados para que podamos ayudarlo.

1. Su nombre completo <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sr.			3. N° de Seguro Social		
2. Su domicilio Apt. N° Ciudad, Municipio o Villa Condado Código postal			4. (Código de área) N° de teléfono Día () Noche ()		
5. Reclamo contra (nombre comercial del empleador)			6. Nombre de la compañía, si tiene		
7. Domicilio de la oficina central o casa matriz de la empresa Ciudad, Municipio o Villa Condado Código postal			8. (Código de área) N° de teléfono ()		
9. Nombre y dirección de la persona responsable de la empresa			Cargo		
10. Actividad de la empresa				11. ¿La empresa está en actividad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. ¿Cuál era su trabajo u ocupación en esa empresa?			13. Domicilio donde trabajaba Código postal		
14. Fecha de contratación		15. Nombre y cargo de la persona que lo contrató		16. Nombre del superintendente, gerente o capataz	
17. Último índice salarial acordado (por hora, por semana, por día)	18. Último día trabajado	19. Situación ante la empresa <input type="checkbox"/> Renuncié <input type="checkbox"/> Me despidieron <input type="checkbox"/> Me suspendieron temporalmente <input type="checkbox"/> Sigo empleado		20. Razón de la renuncia, despido o suspensión	
21. ¿Estaba afiliado a algún sindicato mientras trabajaba en esa empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si responde "sí", incluya el nombre, N° de local, domicilio, código postal y N° de teléfono del sindicato			
22. ¿Ha solicitado la ayuda de su sindicato? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si responde "sí", ¿qué medidas ha tomado el sindicato?			
Antes de responder a las preguntas 23 y 25, primero complete el reverso del formulario para poder calcular los salarios adeudados					
23. Salarios reclamados correspondientes al período (primera fecha a última fecha) Desde Hasta Inclusive		24. Nombre y domicilio del banco del empleador Código postal		25. Monto total de salarios adeudados \$	
26. ¿Solicitó el pago de esos salarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		27. Fecha del pedido		28. ¿A quién le dirigió el pedido?	
29. ¿Su empleador se negó a pagar esos salarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si responde "sí", incluya la razón dada por el empleador para negarse a pagar			
30. ¿Recibió algún pago con cheques que luego fueron rechazados? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>				Si responde "sí", presente fotocopias del/los cheque(s)	
31. ¿Cómo se pagaban los salarios? <input type="checkbox"/> En efectivo <input type="checkbox"/> En cheque <input type="checkbox"/> Otro (explicar)			32. ¿Cuál era su día habitual de cobro?		¿Qué período cubría?

Todo falso testimonio realizado a sabiendas se castiga con las sanciones correspondientes a un delito menor clase A (Sección 210.45, de la Ley Penal del Estado de Nueva York). Declaro que todos los datos que figuran arriba son correctos.

Autorizo al Comisionado de Trabajo, representantes o agentes a recibir, endosar a mi nombre y depositar en la cuenta del Comisionado de Trabajo todos los cheques u órdenes de pago que figuren a mi nombre en concepto de pago del presente reclamo.

Firma del solicitante

Fecha

Para todos los empleados: Los salarios reclamados que se consignan del numero 25 del formulario se deben computar de la siguiente forma:

33. Fecha de cierre de la semana de pago	34. Cantidad de horas trabajadas esa semana	35. Cantidad de días trabajados esa semana	36. Índice salarial (indicar si es por hora, día, semana o mes)	37. Salario bruto total * ganado esa semana	38. Salario bruto pagado a usted esa semana	39. Diferencia entre el salario bruto ganado y el salario bruto pagado a usted esa semana	40. Si el salario se pagó con cheque(s) rechazados, ingrese el/los número(s) de cheque(s)
			\$ por	\$	\$	\$	
41. Monto total adeudado						\$	

*Salario bruto es el monto antes de que se descuenten los impuestos y otras deducciones.

42. Incluya toda información adicional debajo: