

## EL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y DE LA INDUSTRIA DE VIRGINIA DECLARACIÓN DE RECLAMO DE SUELDOS NO PAGADOS

Favor de imprimir claramente si escribe respuestas incompletas posiblemente no podemos atender su caso.

Su nombre completo \_\_\_\_\_  
Su dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Su puesto \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_  
Fecha de terminación \_\_\_\_\_ Última fecha de trabajo \_\_\_\_\_  
¿Ha pedido el dinero a su jefe? Circula \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que se negó a pagar \_\_\_\_\_  
Razones \_\_\_\_\_  
El nombre del negocio de su patrón \_\_\_\_\_  
Clase de negocio \_\_\_\_\_  
Número aproximado de empleados \_\_\_\_\_  
¿Usaron otro nombre? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Identifique \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono del negocio \_\_\_\_\_ Teléfono del patrón \_\_\_\_\_  
Nombre del negocio \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_  
Dirección del domicilio del dueño \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Identifique el lugar donde usted trabajo para este negocio \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### Preguntas 1 al 10 circule la contestación apropiada

1. Sí No ¿Este negocio está **cerrado** o en **quiebra**? De ser así, **circule** la situación apropiada.
2. Sí No ¿Ud. tenía un acuerdo de trabajo **por escrito**?  
Añada copias de cualquier acuerdo que ud. tenga.
3. Sí No ¿Ud. es subcontratista o agente independiente?
4. Sí No ¿Trabajó para ellos por cuenta propia?
5. Sí No ¿Fue ud. director corporativo, dueño, o socio de este negocio?
6. Sí No ¿Presentó ud. una reclamación ante el tribunal por sueldos que no recibió?

De ser así, diga nombre del tribunal \_\_\_\_\_

7. Sí No ¿Contrató ud. un abogado?
8. Sí No ¿Le quitaron dinero de su sueldo sin su consentimiento por escrito? No incluya los impuestos.

De ser así, ¿cuánto dinero le restaron? \_\_\_\_\_  
¿Cuál fue el propósito de la deducción? \_\_\_\_\_

9. Sí No ¿Recibió ud. un cheque con fondos insuficientes?  
Añada copias de todos los cheques devueltos

10. Circule cual aplica:  
Asalariado                      Por hora                      Comisiones                      Tarifa diaria                      Por pieza

11. ¿Cuál fue su tarifa de pago? \_\_\_\_\_ por: 

hora	mes	año	Pieza
------	-----	-----	-------
12. ¿Cuál fue la frecuencia de pago? \_\_\_\_\_ última fecha de pago \_\_\_\_\_
13. ¿Qué período de tiempo no recibió ud. su sueldo? \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
mes-día-año mes-día-año
14. Total del sueldo bruto sin pagar que usted está reclamando: \$ \_\_\_\_\_

“Bruto” quiere decir antes de que se hayan restado los impuestos de su sueldo. **AVISO:** El permiso de convalecencia, los días feriados pagados, el permiso de vacaciones, los beneficios que se pagan a la persona al desperdirle, per diem y los reembolsos de gastos **NO** son “sueldos” según el significado del estatuto de salario. **FAVOR DE NO INCLUIR ESTOS NÚMERO EN LA CIFRA DE DÓLARES DE SU RECLAMACIÓN.**

**Favor de usar este espacio para mostrar como ha llegado a la cifra en dólares de su reclamo de sueldo. Añada copias de su talón de nómina, “cheque devueltos”, los formularios federales W-2 o 1099, acuerdos de empleo y cualquier otro documento que pueda apoyar se reclamación.**

Juro y certifico que la información que le he dado al Departamento del Trabajo y de la Industria de Virginia es verdadera y cierta, y así autorizo a el Departamento de Trabajo y de la Industria a divulgar cualquier información que aparezca en el récord de mi reclamación para que investigen mi reclamación y tomen cualquier medida que le parezcan necesarias para hacer valer las provisiones de le Sección 40.1-29, Código de Virginia. Además, autorizo una fotocopia de este formulario de reclamación, junto con documentos que apoyen, para que notifiquen al negocio nombrado por mí en este reclamo. Entiendo que si a sabiendas hago una declaración falsa delante de un miembro estatal del Departamento del Trabajo y de la Industria, se me podría multar hasta \$10,000.00 o encarcelar has seis 6 meses o ambos.

\_\_\_\_\_  
Firma del reclamante **REQUERIDA** - Por favor firme con tinta

\_\_\_\_\_  
Fecha