

# Virginia Department of Labor and Industry Labor & Employment Law Division

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE "RECLAMO DE SUELDOS"

### ***POR FAVOR LEA Y SIGA ESTAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE***

El formulario adjunta para la demanda de no pago de sueldos deberá estar totalmente completa, imprímala, firmada y enviada por correo para que su reclamo sea investigado. Por favor llene todas las preguntas completamente. Si es necesario, use una hoja de papel por separado para proporcionar información o explicaciones adicionales. Envíe el formulario de reclamación original e incluya copias de todos los documentos que apoyen su reclamo. Usted debe ser capaz de demostrar que se le debe sueldos no pagados o indebidamente cobrados. Los formularios incompletos serán devueltos, provocando un retraso en la investigación de su reclamo. Si no ha solicitado el pago de su sueldo a su empleador **debe** hacerlo antes de presentar una reclamación. Sólo después de que se le ha negado su sueldo debería usted de presentar un reclamo ante esta oficina

#### **EMPLEADOS PAGADOS POR HORA:**

Si usted está reclamando los sueldos basados en un sueldo por hora, incluya las fechas, días y horas de trabajo por los que no se le pagaron e incluya el monto total de los sueldos que reclama. Proporcione documentación, como un talón de cheque de pago para verificar el empleo y la tasa de pago, de lo contrario, nuestra investigación puede verse limitada.

#### **EMPLEADOS PAGADOS POR SALARIO:**

Si usted está reclamando los sueldos en base a una tasa de sueldo, incluya el número máximo de horas y días que estaban requeridos a trabajar para recibir la tarifa de sueldo. Proporcione documentación, como un talón de cheque de pago para verificar que el sueldo o las deducciones del sueldo que está reclamando son exactos. Proporcione fechas, días y horas de trabajo por los que no se le pagaron e incluya el monto total de los sueldos que reclama.

#### **EMPLEADOS PAGADOS POR COMISIÓN:**

Indique el importe total de los sueldos que reclama, se deben e indicar cómo llegó a la cantidad de dólares de su reclamo. Por favor, proporcione una copia de su contrato de comisión con su empleador. Indique lo que tenía que hacer para ganar la comisión y en qué circunstancias la comisión se convertiría en adeudada o pagada si no existe ningún documento de la comisión por escrito. Reporte de cualquier y/o todos los "retiros de pago" que pueda haber recibido. Identifique cada cuenta específica por las cuales busca el pago de una comisión y escriba la cantidad en dólares de las comisiones que usted reclama por cada cuenta. Proporcione documentación, como un talón de cheque de pago para verificar el empleo y la tasa de comisión que está reclamando sea exacta.

#### **ACEPTACIÓN DE ESTE RECLAMO NO GARANTIZA LA COLECCIÓN DE SUELDOS:**

Tras la aceptación de su reclamación por el Departamento del Trabajo e Industria de Virginia, no asuma que su reclamo es válido y cobrable. En los casos en que el empleador dispute los cargos, será su responsabilidad de proporcionar pruebas documentales de la cantidad y la validez de su reclamo. Además, debe proporcionar el nombre y la dirección postal completa de la empresa junto con el nombre y la dirección completa del propietario o representante de la empresa. Dado que las demandas salariales son manejadas individualmente por oficiales de cumplimiento, nosotros no proporcionamos informes periódicos de los reclamos. Las solicitudes de informes de progreso, dificultan la pronta resolución de su reclamo. Cuando una determinación final se haya hecho, o cuando se necesita información adicional, usted será notificado

Por favor notifique a la oficina inmediatamente por escrito de cualquier cambio en su dirección, número de teléfono, o si recibe el pago de su empleador. Puede ponerse en contacto a través del correo postal EE.UU. a la siguiente dirección o por correo electrónico a [labormlaw@doli.virginia.gov](mailto:labormlaw@doli.virginia.gov).

# INSTRUCCIONES PARA ENVIAR SU RECLAMO DE SUELDOS NO PAGADOS

## **Correo Postal solamente. ¡Formularios enviados por fax no serán aceptadas!**

Si reclama pago de sueldo por trabajo que hizo, por favor imprima y envíe su formulario completo a la siguiente dirección de correo postal:

**Division of Labor and Employment Law  
Virginia Department of Labor and Industry  
600 East Main Street, Suite 207  
Richmond, Virginia 23219**

Recuerde que debe firmar el reclamo y asegúrese de incluir la dirección completa del empleador, así como el monto total de los sueldos reclamados.

Por favor incluya su dirección del correo electrónico para las notificaciones acerca de su reclamo.

**Recordatorio: formas enviadas por FAX no serán aceptadas.**

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

**Imprima claramente o use una computadora**

Si escribe respuestas incompletas, posiblemente no podremos atender su caso

SU NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

SU DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ SU FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

SU PUESTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ FECHA DE TERMINACIÓN: \_\_\_\_\_ ULTIMA FECHA DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

¿HA PEDIDO EL DINERO DE SU JEFE?  SÍ  NO. SI ES ASÍ, ¿QUÉ DÍA PIDIO SU SUELDO? \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE NEGÓ A PAGAR: \_\_\_\_\_

RAZONES : \_\_\_\_\_

-----  
**NOMBRE DEL NEGOCIO:** \_\_\_\_\_

CLASE DEL NEGOCIO: \_\_\_\_\_

NUMERO APROXIMADO DE EMPLEADOS: \_\_\_\_\_

¿USARON OTRO(S) NOMBRE(S)?  SÍ  NO IDENTIFIQUE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL NEGOCIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL NEGOCIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL PATRÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL, SI DIFERENTE: \_\_\_\_\_

DUEÑO DEL NEGOCIO: \_\_\_\_\_ TITULO DEL DUEÑO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DEL DUEÑO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**IDENTIFIQUE EL LUGAR DONDE USTED TRABAJÓ PARA ESTE NEGOCIO:** CIUDAD: \_\_\_\_\_

CONDADO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

1.  SÍ  NO ¿ESTÁ CERRADO ESTE NEGOCIO O EN BANCARROTA? Si es así marque la situación apropiada.
2.  SÍ  NO ¿UD. TENÍA UN ACUERDO DE TRABAJO POR ESCRITO? (ADJUNTE UNA FOTOCOPIA DEL ACUERDO)
3.  SÍ  NO ¿UD. ES UNA SUBCONTRATISTA O AGENTE INDEPENDIENTE?
4.  SÍ  NO ¿TRABAJÓ PARA ELLOS POR CUENTO PROPIA?
5.  SÍ  NO ¿FUE UD. UN DIRECTOR CORPORATIVO, DUEÑO, O SOCIO DE ESTE NEGOCIO?
6.  SÍ  NO ¿PRESENTÓ UD. UNA RECLAMO ANTE EL TRIBUNAL POR SUELDOS QUE NO RECIBIÓ?  
Si es así, diga el nombre del tribunal \_\_\_\_\_
7.  SÍ  NO ¿CONTRATÓ UD. UN ABOGADO? \_\_\_\_\_
8.  SÍ  NO ¿A EXCEPCIÓN DE LOS IMPUESTOS, LE QUITARON DINERO DE SU SUELDO SIN SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO?  
Si es así, ¿cuánto dinero le restaron? \$ \_\_\_\_\_  
¿Cuál fue el propósito de la deducción? \_\_\_\_\_
9.  SÍ  NO ¿RECIBIÓ UD. UN CHEQUE CON FONDOS INSUFICIENTES? (Adjunte fotocopias de todos los cheques devueltos)
10. MARQUE LO QUE APLICA:  ASALARIADO;  POR HORA;  COMISIONES;  
 POR DÍA;  POR PIEZA.
11. ¿CUÁL FUE SU TARIFA DE PAGO? \$ \_\_\_\_\_ POR \_\_\_\_\_  
(Hora, Mes, Año, Pieza)
12. ¿CUÁL FUE LA FRECUENCIA DE PAGO? \_\_\_\_\_ ¿ÚLTIMA DÍA QUE LE PAGARON? \_\_\_\_\_
13. ¿QUÉ PERÍODO DE TIEMPO NO RECIBIÓ UD. SU SUELDO? \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
(Mes-Día-Año) (Mes-Día-Año)
14. TOTAL DEL SUELDO BRUTO QUE UD. 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 despedirle, per diem y los reembolsos de gastos NO son "sueldos" según el significado del estatuto del sueldo. **FAVOR DE NO INCLUIR ESTOS NÚMEROS EN LA CIFRA DE DÓLARES DE SU RECLAMO.**

**FAVOR DE USAR ESTE ESPACIO PARA MOSTRAR COMO HA LLEGADO A LA CIFRA EN DÓLARES DE SU RECLAMO DE SUELDO. ADJUNTE COPIAS DE SU TALÓN DE NÓMINA, "CHEQUES DEVUELTOS," LOS FORMULARIOS FEDERALES W-2 O 1099, ACUERDOS DE EMPLEO Y CUALQUIER OTROS DOCUMENTOS QUE PUEDA APOYAR SU RECLAMACIÓN.**

Juro y certifico que la información que le he dado al Departamento del Trabajo e Industria de Virginia es verdadera y cierta, y así autorizo al Departamento de Trabajo e Industria a divulgar cualquier información que aparezca en el record de mi reclamación para que investigan mi reclamación y tomen cualquier medida que le parezcan necesarias para hacer valer las provisiones de la 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 e Industria, se me podría multar hasta \$10.000.00 o encarcelar has seis meses o ambos.

\_\_\_\_\_  
Firma del reclamante REQUERIDA- Favor de firmar con tinta

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Favor de mandar este formulario a: Department of Labor and Industry, Law Division  
600 East Main Street Suite 207 Richmond, VA 23219**