State of Rhode Island and Providence Plantations
Rhode Island Department of Labor and Training
LABOR STANDARDS UNIT – BLDG. 70/2
1511 Pontiac Avenue. P.O. Box 20390
Cranston, RI 02920-0944

OFFICIAL USE ONLY:

Case Number: _____
Date Received: _____
Dated Closed: _____
Examiner: _____

FORMULARIO DE QUEJA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO SALARIAL

Llene ambos lados de éste formulario, firmelo y envielo a la dirección que aparece arriva. **No lo envie por fax o de manera electrónica**. Ecribas en letra de molde y de acuerdo a su conocimiento. Incluya copia de documentos que podrian ser relevantes a su queja. Por favor notifíque a ésta oficina por correo, inmediatamente, si usted cambia de direccion, numero de teléfono o si le pagaron.

INFORMACION DEL EMPLEADO:

1. Su Nómbre Completo: _____
2. Últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social: _____
3. Su Dirección (Número y Calle): _____
   Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
4. Número de Teléfono: _____ 5. Número de Celular: _____
6. Dirección electrónica _____
7. Su Titulo/Ocupación o tipo de trabajo que realizo: _____

INFORMACIÓN DE TRABAJO: (su queja no será aceptada a menos que se llene ésta sección)

8. Nombre de la compañia: _____ 9. Teléfono: _____
10. Dirección de la empresa (No buzon de Correo): _____
    Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
11. Otro nombre(s) de la compañia que podría estar usando el empleador: _____
12. Nombre de la persona a cargo de la compañia: _____
13. Titulo: _____
14. Trabajó usted en la dirección de la compania mencionada en la casilla #10? ○ Sí ○ No
    Si no, por favor proporcione la ubicación donde se hizo el trabajo: _____
15. Horas por semana: _____ 16. Pago por hora: _____
17. Tipo de salario: ○ Por hora ○ Salario ○ Comisión ○ Otro, por favor explique: _____
18. Fecha que lo emplearon: _____ 19. Fecha de separación: _____
20. Razón de la separación (despido, abandono): _____
21. Esta usted representado por un abogado? ○ Sí ○ No
    Si contesto si, por favor provea el nombre de su abogado: _____
22. Por favor indique la razón(es) por la cual usted hace éste reclamo:

☐ Salario(s) final no fué recibido
☐ Comisión no recibida / incorrecta
☐ Bonificación
☐ Pago de vacaciones por concepto de despido*
☐ Salario mínimo
☐ Pago de horas extras
☐ No contra-cheque
☐ Deducciónes Ilegales
☐ Turno de trabajo mínimo
☐ Clasificado no apropiadamente como Contratista Independiente
☐ Cheque sin fundo
☐ Pago por Domingo y dias feriados

* Si seleccionó Vacaciones, por favor provea una copia de la poliza sobre vacaciones.

23. Le prengunto usted a su empleador por el denaro que cree usted se le debe? ○ Sí ○ No

Si contestó si, a quién le pidió usted el dinero? Nombre: _____

Título: _____

Si contestó no, ¿por favor, explique la razón(es). Por favor sea específico.

24. Ha firmado usted un contrato de trabajo o un acuerdo como contratista independiente? ○ Sí ○ No
Si contesto si, provea una copia del contrato junto con éste formulario.

25. Mencione las fechas y horas de las cuales usted cree que se la debe salario y la cantidad que usted a reclamando. Adjunte, proveer informacion adicionales en hojas adicionales si es necesario y proporcionar toda la documentación pertinente a su reclamo.

Cantidad Total de Reclamo: $ _____

Por éste medio certifíco, de acuerdo a mis conocimientos y creencia, que ésta es una declaración verdadera de los factores relacionados con mi queja. Igualmente por éste medio autorizo al Director del Deparment de Labor y Entrenamiento, a recuperar la deuda salarial y penalidades acumuladas por concepto a la falta de pagos y otros asuntos relacionados.

Firma: _____ Fecha: _____

Printiar Su Nombre: _____

Niño(as) menores requieren la firma del Padre o Madre: _____

IMPORTANTE: Ésta División tiene juridicción sobre salarios cuestionados únicamente. No podemos asistirlo en obtener pagos por tiempo no trabajado, gastos, asuntos de impuestos, plan de pensión o desempleo.

The Department of Labor and Training asegura Igualdad y Oportunidad de empleo y proveen servicios de empleo y entrenamiento.
Si lo requiere, diferentes servicios (ayundantes auxiliaries) están disponible para personas con incapacidades. TTY via RI Relay: 711