



Estado de Rhode Island y las Plantaciones de Providence  
Departamento de Labor y Entrenamiento de Rhode Island  
**DIVISIÓN DE LOS REGLAMENTOS – BLDG. 70/2**  
1511 Pontiac Avenue. P.O. Box 20390  
Cranston, RI 02920-0944

## FORMULARIO DE NO-PAGO DE SUELDO

Informacion del Empleado:

Nombre: Sr. Sra. \_\_\_\_\_ Numero de Soc. Sec.: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tel de la casa: \_\_\_\_\_ Otro Numero: \_\_\_\_\_

Que tipo de trabajo hizo Ud.? \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL EMPLEADOR: (Quejas no seran tomadas, si esta seccion no esta completa)

Nombre de la Compañia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Dueño: \_\_\_\_\_ Titulo: \_\_\_\_\_

Nombre del Manager Local: \_\_\_\_\_

Sitio de trabajo (si es diferente de la Direccion arriba): \_\_\_\_\_

Primer dia trabajado: \_\_\_\_\_ Ultimo dia trabajado: \_\_\_\_\_

Ud. Fue despedido?      Yes      No      Ó, Ud. Salio?      Yes      No

LE HAS SOLICITADO USTED A SU JEFE SU PAGO?  
QUE LE RESPONDIO?      Yes      No

Cuando? \_\_\_\_\_

Con quien hablo? \_\_\_\_\_ Titulo: \_\_\_\_\_

Razon por que no le pago: \_\_\_\_\_

Cuanto le pagaba: \$ \_\_\_\_\_ Por hora \_\_\_\_\_ por semana \_\_\_\_\_ Sueldo no-pagado \$ \_\_\_\_\_

Para cual fecha Ud trabajó, Por el dinero que usted reclama?

De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Total de cantidad debida: \$ \_\_\_\_\_

Ud. Ha firmado un contrato diciendo que Ud. Es consultante o subcontratista independiente?

Yes No

Tiene Ud. Un abogado que lo pueda representar en este asunto? Yes No

Si la respuesta es afirmativa, Nombre de la Procuraduría: \_\_\_\_\_

Ha tomado otra accion en contra de su empleador en este asunto? Yes No

Si respondio "Si" por favor explíquese:

Esta Ud. Dispuesto [a] a comparecer en la oficinas del fiscal general, incluyendo ir a la corte si es necesario? Yes No

EXPLIQUE CON DETALLES los hechos relacionados por que no le pagaron o por que Ud. Esta haciendo este reclamo. Si su Queja tiene que ver con el pago de vacaciones, explique brevemente, [por ejemplo se acumulan, una semana cada año, una semana despues de un año, una hora cada mes] Por favor adjunte copias de cualquier contrato, poliza, o colillas de cheques que puedan respaldar su reclamo.

YO CERTIFICO, EN PLENO CONOCIMIENTO QUE ESTA ES UNA VERDADERA DECLARACION DE LOS HECHOS RELACIONADOS CON MI QUEJA.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letras de molden: \_\_\_\_\_

(Hijo menor de edad requiere la firma del padre) \_\_\_\_\_

Por favor escribir en Letras de molden y firme, una copia le sera enviada a su empleador.