

Este formulario se usa para reclamos bajo la Ley de Salario Mínimo de Pennsylvania de 1968 y la Ley de Pago y Cobro de Sueldo de Pennsylvania. Las personas que envíen este formulario deberán llenar todas las secciones, incluyendo las del dorso, que estén relacionadas con ley o leyes bajo las cuales se basa el reclamo.

ENVÍELA A: **Bureau of Labor Law Compliance**
651 Boas St., Room 1301
Harrisburg, PA 1 7121-0750
Teléfono: 717.705.5969 ó
800.932.0665
FAX: 717.787.0517

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA:

Nombre de la persona que presenta el reclamo _____

Dirección _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono donde puede ser localizado entre las 8:30 a.m. y 5:00 p.m. () -
(INCLUYENDO EL CÓDIGO DE ÁREA)

Dirección de correo electrónico _____

Número de fax () -

Tipo de trabajo realizado _____

Dirección del empleo _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Nombre de la compañía, si procede _____ Número de teléfono _____

Persona de contacto (en contra de la que se presenta el reclamo de sueldo)

Dirección _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Fecha de contratación _____ ¿Todavía es empleado del empleador nombrado? SÍ NO

Si ya NO, proporcione la última fecha de trabajo Su terminación fue: Voluntaria Involuntaria

1. ¿Hubo un contrato escrito de empleo entre usted y el empleador nombrado? SÍ NO
Si lo hubo, por favor adjunte la copia.

2. ¿Cuál era su día de pago regular? (marque una) Semanal Quincenal Mensual Otro _____

3. ¿Se la pagó su sueldo de una manera diferente a un cheque? SÍ NO Otra (efectivo) _____

4. ¿Cuál fue la última tarifa de pago acordada entre usted y el empleador nombrado?

Por hora \$ _____ Semanalmente \$ _____ Otra, explique por favor _____

¿Cuál es el TOTAL de los ingresos que reclama? \$ _____

CONTESTE LA PÁGINA 2

LOS INGRESOS DEL REVERSO ESTÁN CALCULADOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

FECHA DEL FIN DE SEMANA	NUMERO DE HORAS TRABAJADAS ESTA SEMANA	TASA DE PAGO POR HORA, DÍA SEMANA U OTRO	TOTAL BRUTO DE LOS INGRESOS GANADOS ESTA SEMANA	ESPECIFIQUE SI ES PAGO DE VACACIONES, AUSENCIA POR ENFERMEDAD O COMISIÓN

Nota: el no proporcionar información detallada en el espacio de arriba podría hacer imposible el procesar este reclamo a su favor.

5. Indique la razón por la cual el empleador se niega a pagarle

6. ¿Se han hecho descuentos sin su consentimiento por escrito? SÍ NO
 Si los hicieron, explique por favor

7. ¿Le debe Ud. dinero al empleador nombrado? SÍ NO Si le debe, ¿cuánto? \$ _____

8. ¿Está cubierto por un contrato colectivo de trabajo? SÍ NO
 Si es así, anote el nombre y dirección del sindicato

Puede usar papel adicional para resumir la información relacionada y los cálculos de salario.
Una vez que recibamos su formulario de reclamo de sueldo, lo anotaremos y lo asignaremos a un investigador laboral.

NOTA: por la presente certifico que a mi saber y entender ésta es una declaración verídica de los hechos relacionados con el reclamo arriba mencionado de mis ingresos no pagados.

Por la presente asigno los mencionados ingresos y todas las sanciones por ingresos que se estén acumulando debido a la falta de pago, y además todo derecho a retención de esos ingresos a la secretaria de Labor e Industria del Estado de Pennsylvania y a cualquier asistente o representante autorizado a actuar en su lugar, a cobrar según las estipulaciones de la Sección 9.1(e) de la Ley de Pago y Cobro de Sueldo de Pennsylvania o la Sección 13 de la Ley del Salario Mínimo de Pennsylvania, Sec. 333.113

Firma del reclamante: _____ Fecha del reclamo: _____

Firma del padre o guardián si el reclamante es menor de 18 años de edad _____

El buró lo contactará para más información. Por favor notifique a la oficina marcada en la otra cara de este formulario en caso que se le pague antes que lo contacte el buró o departamento.

*Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities.
 Equal Opportunity Employer/Program*