

Reporte Inicial o Reclamo

POR FAVOR ESCIBRA TODA LA INFORMACIÓN CON LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA. Refierase a la Guía adjuntapara ayudarle a llenar esta forma.

PARA USO EXCLUSIVO DE OFICINA		
Taken by:	Office:	Case #:
Date filed:	SIC #:	
RCI Complaint: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Action:	

PREGUNTAS PRELIMINARES

1. ¿Es su reclamo acerca de proyecto de obras públicas ? [Si su respuesta es “SI”, DETÉNGASE aquí, NO LLENE ESTA FORMA , y llene la forma de reclamo “PW-1” en su lugar. Si la respuesta es “NO,” proceda con esta forma.]
2. ¿ Ha presentado una denuncia de represalias en contra de su patrón con el Comisionado de Labor? [Retaliation complaint?] <input type="checkbox"/> SI, el: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> NO [Si usted ha sido víctima de represalias, usted puede presentar una denuncia de represalias, llenando otra forma, “FORMA DLSE 205.”] Mes Día Año
3. ¿Existe un contrato de unión que su empleo ? [Union contract?] <input type="checkbox"/> SI [Si es “SI,” adjunte una copia del Acuerdo de Negociación Colectiva.] <input type="checkbox"/> NO
4. ¿Otros empleados están también presentando reclamos de salario en contra de su patrón? [Other employees filing wage claims?] <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE

Parte 1: ASISTENCIA DE IDIOMA Y REPRESENTACIÓN

5a. ¿Necesita un intérprete? [Interpreter?] <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5b. Si seleccionó “SI” en la casilla 5a, escriba el idioma que necesita [Language needed]		
6a. Si usted está siendo asistido con su reclamo por un abogado u otro defensor, escriba el NOMBRE DE SU DEFENSOR y ORGANIZACIÓN [Advocate’s name & organization]	6b. TELÉFONO DEL DEFENSOR [Advocate’s phone #] ()		
6c. DIRECCIÓN DE CORREO de su DEFENSOR (Número, Calle, Piso, Suite,) [Advocate’s address]	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Parte 2: SU INFORMACIÓN

7. Su NOMBRE [First Name]	8. Su APELLIDO [Last Name]	9. TELÉFONO DE CASA [Home phone] ()	10. OTRO TELÉFONO [Other phone] ()	11. FECHA DE NACIMIENTO [Birth date]
12. Su DIRECCIÓN DE CORREO (Número, Calle, Número de Departamento) [Address]		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Parte 3: RECLAMO PRESENTADO CONTRA (INFORMACIÓN DEL PATRÓN)

13. PATRÓN/ NOMBRE(S) DEL (LOS) NEGOCIO(S) [Employer Name]	14. # DE PLACAS DE LICENCIA DEL VEHÍCULO DEL PATRÓN [Vehicle license plate #]	15. NÚMERO DE TELEFONO DEL PATRÓN [Employer phone] ()		
16. DIRECCION DEL PATRÓN / NEGOCIO (Número, Calle, Piso, Suite) [Employer address]		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
17. DIRECCION donde trabajó, si es diferente al de la casilla 16 (Número, Calle, Piso, Suite) [Address where work performed]		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
18. NOMBRE de la PERSONA A CARGO (Nombre, Apellido) [Name of person in charge]		19. PUESTO / POSCIÓN de la PERSONA A CARGO [Job title of person in charge]		
20. TIPO DE NEGOCIO [Business type]	21. TIPO DE TRABAJO DESEMPEÑADO [Type of work]	22. NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS [# employees]	23. ¿EL PATRÓN SIGUE EN EL NEGOCIO? [Still in business?] <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE	
24. Seleccione la casilla que describe a su patrón, si usted sabe: <input type="checkbox"/> CORPORACIÓN <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> SOCIEDAD <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> LLP [partnership]				

Parte 4: SALARIOS FINALES / CHEQUES REBOTADOS

25. FECHA DE CONTRATACIÓN [Hire date] ____ / ____ / ____ Mes Día Año	26. Seleccione la casilla que aplica para usted: <input type="checkbox"/> Aún trabajando para el patrón [Still working for employer] <input type="checkbox"/> RENUNCIÓ el ____ / ____ / ____ [QUIT] <input type="checkbox"/> DESPEDIDO el ____ / ____ / ____ [DISCHARGED] Mes Día Año Mes Día Año <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
27a. Si usted RENUNCIÓ , ¿dió aviso 72 horas antes de renunciar? [Quit with 72 hours notice?] <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	27b. Si usted RENUNCIÓ , ¿ha recibido su pago final de salarios incluyendo todos los salarios debidos? [If quit, paid wages?] <input type="checkbox"/> SI, el: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> NO Mes Día Año
28. Si usted fue DESPEDIDO , ¿ha recibido su pago final de salarios incluyendo todos los salarios debidos? [If discharged, paid wages?] <input type="checkbox"/> SI, el: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> NO Mes Día Año	
29a. ¿Cómo le pagaron sus salarios? [Payment method] <input type="checkbox"/> POR CHEQUE [check] <input type="checkbox"/> EN EFECTIVO [cash] <input type="checkbox"/> AMBOS, EFECTIVO Y CHEQUE [both cash and check] <input type="checkbox"/> OTRO: _____	29b. Si le pagaron con cheque, algunos de sus pagos "rebotó" (por ejemplo, el cheque no pudo ser cobrado por que el patrón no tiene fondos suficientes)? [Bounced check?] <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Parte 5: HORAS QUE NORMALMENTE TRABAJABA

30. Seleccione la casilla que aplica: Mis horas de trabajo y días de trabajo eran usualmente los mismos cada semana que trabajé. [Usually worked the same hours]

Mis horas de trabajo y/o días de trabajo variaban por semana o eran irregulares. **Si usted seleccionó esta casilla y está reclamando salarios que no se pagaron, o violaciones al periodo de descanso y comida, usted también deberá llenar y presentar la FORMA DLSE 55.** [Worked irregular hours]

31. Si sus horas de trabajo y días de trabajo usualmente eran los mismos cada semana, dé su **MEJOR ESTIMADO** abajo, de las horas que usualmente trabajaba y cualquier tiempo libre que se tomaba para un periodo de comida durante su **TÍPICA semana laboral. NO LLENE ésta si sus horas de trabajo eran muy irregulares como para estimar un promedio típico de semana laboral (en su lugar llene la Forma DLSE 55).** [Typical work hours]

	HORA DE INICIO DE TRABAJO	HORA QUE TERMINO DETRABAJAR	HORA DE INICIO DE LA 1era COMIDA (si aplica)	HORA QUE TERMINO LA 1era COMIDA (si aplica)	HORA DE INICIO DE LA 2nda COMIDA (si aplica)	HORA QUE TERMINO LA 2nda COMIDA (si aplica)	SÓLO SI TRABAJÓ TURNO SEPARADO [split shift] :	
DÍA 1 de su semana laboral:	<input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 1er turno terminó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 2ndo turno empezó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm					
DÍA 2 de su semana laboral:	<input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 1er turno terminó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 2ndo turno empezó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm					
DÍA 3 de su semana laboral:	<input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 1er turno terminó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 2ndo turno empezó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm					
DÍA 4 de su semana laboral:	<input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 1er turno terminó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 2ndo turno empezó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm					
DÍA 5 de su semana laboral:	<input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 1er turno terminó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 2ndo turno empezó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm					
DÍA 6 de su semana laboral:	<input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 1er turno terminó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 2ndo turno empezó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm					
DÍA 7 de su semana laboral:	<input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 1er turno terminó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm	El 2ndo turno empezó a las <input type="checkbox"/> am ____ <input type="checkbox"/> pm					

Parte 6: PAGO DE SALARIOS

32. ¿Se le pagó o se le prometió un **ARREGLO de ciertas cantidades de salario por periodo de pago, sin importar cuantas horas trabajó** (por ejemplo, \$400 por semana, sin importar cuantas horas trabajó)? [Fixed amount]

SI: Se me pagó \$ _____ por día semana cada 2 semanas mes quincenal
[paid] [day] [week] [every 2 weeks] [month] [semi-monthly]

otro (especificar): _____

Se me prometió \$ _____ por día semana cada 2 semanas mes quincenal
[promised] [day] [week] [every 2 weeks] [month] [semi-monthly]

otro (especificar): _____

NO

33a. ¿Era usted un empleado por **HORA**? [Hourly employee]

SI: Se me pagaba [paid] \$ _____ por hora.
 Se me prometió [promised] \$ _____ por hora.

NO

33b. Si usted era un empleado por **HORAS**, se le pagó o se le prometió **más de una tarifa por hora** (basado en las horas que trabajó o tareas de trabajos diferentes)? [Various hourly rates]

SI (describa): _____

NO

34. ¿Se le pagó a **DESTAJO**? [piece rate] SI NO

35. ¿Se le pagó por **COMISIÓN**? [commission] SI NO

Parte 7: SALARIOS, COMPENSACIÓN Y PENALIDADES QUE SE DEBEN

36. RECLAMOS (Marque todas las casillas abajo que apliquen)	PERIODO DE RECLAMO: FECHA DE INICIO (Mes/ Día/ Año)	PERIODO DE RECLAMO: FECHA QUE TERMINO (Mes/ Día/ Año)	CANTIDAD GANADA / RECLAMADA
<input type="checkbox"/> SALARIOS REGULARES (para horas regulares, no extras) [REGULAR WAGES]			\$
<input type="checkbox"/> SALARIOS DE TIEMPO EXTRA (incluyendo tiempo doble) [OVERTIME WAGES]			\$
<input type="checkbox"/> SALARIOS DE PERIODO DE COMIDA [MEAL PERIOD WAGES]			\$
<input type="checkbox"/> SALARIOS DE PERIODO DE DESCANSO [REST PERIOD WAGES]			\$
<input type="checkbox"/> TURNO SEPARADO COMPENSADO [SPLIT SHIFT PREMIUM]			\$
<input type="checkbox"/> REPORTANDO TIEMPO DE PAGO [REPORTING TIME PAY]			\$
<input type="checkbox"/> COMISIONES*** [COMMISSIONS]			\$
<input type="checkbox"/> SALARIOS DE VACACIONES *** [VACATION WAGES]			\$
<input type="checkbox"/> GASTOS DE NEGOCIO [BUSINESS EXPENSES]			\$
<input type="checkbox"/> DEDUCCIONES ILEGALES [UNLAWFUL DEDUCTIONS]			\$
<input type="checkbox"/> OTRO (Especifique):			\$
INGRESE SUBTOTAL (agregue todas las cantidades Ganadas/Reclamadas):			\$
INGRESE LA CANTIDAD TOTAL PAGADA:			\$
SUMA TOTAL DEBIDA [SUBTOTAL menos cantidad TOTAL PAGADA]:			\$
*** Una Forma DLSE adicional debe ser presentada si usted está haciendo este reclamo. Véase "Instrucciones para Llenar el Reclamo de Salario."			
37. Seleccione la (las) casilla(s) si usted está reclamando: <input type="checkbox"/> Penalidades de tiempo de espera [Código de Labor §203]			
<input type="checkbox"/> Penalidades por cheques "rebotados" (cheques emitidos sin fondos suficientes) [Código de Labor §203.1]			

Por la presente certifico que la información que he proporcionado es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y recolección. Las cantidades reclamadas están basadas en mis mejores estimados en este tiempo y pueden ser ajustados en base a información adicional, o basado en la asistencia proporcionada por DLSE, con mi reclamo.

Firmado: _____ Fecha: _____

Escribir Nombre con letra de molde: _____

DO NOT WRITE ON THIS SIDE *For Office Use Only (Para Uso Exclusivo de Oficina)*

Claimant:	Against:	Interpreter Needed:	Action Number:
Address of Claimant:	Address of Defendant:	Docket Date	Date Closed
Phone No. of Claimant:	Phone No. of Defendant:	DATE(S) CLAIM RECEIVED	
Name & Address of Advocate:			
Phone No. of Advocate:			
Address change of Claimant as of:	Address change of Defendant as of:		
		DATE BOFE COMPLAINT FILED (if applicable)	DATE RCI COMPLAINT FILED (if applicable)

RECORD OF RECEIPTS				RECORD OF PAYMENTS TO CLAIMANT			
Date Received	Check, Cash, etc.	Receipt Number	Amount	Division Check Number	Date Paid	Balance Due	Signature/Remarks

CONFERENCE: DATES				PEND: DATES				

NOTES: