

Formulario de queja de Normas Laborales

Use este formulario para reclamar sueldos insolutos, deducciones ilegales, complementos salariales, salario mínimo, horas extras, falta de períodos de comida, etc.

Nota: Este formulario de quejas se encuentra disponible en otros idiomas además del inglés. Cualquier persona que trabaje en el estado de Nueva York puede presentar una queja al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York. Recuerde leer el documento Información sobre cómo presentar una reclamación (LS223.2) antes de contestar este formulario.

Conteste todas las preguntas de cada parte que se relacione con su reclamación. Brindar información completa nos ayuda a revisar su queja y aceptarla para investigación. Devuelva su formulario contestado a la dirección que se muestra arriba.

Nos comunicaremos con usted si no contamos con suficiente información para proceder o si su reclamo parece inválido. Si tiene alguna pregunta sobre cómo contestar este formulario, llame al (888) 469-7365.

No podemos aceptar las siguientes reclamaciones de sueldos o suplementos:

- Por trabajos realizados fuera del estado de Nueva York.
- De cualquier persona empleada en un puesto administrativo, ejecutivo o profesional que gane más de \$1300 brutos por semana (están excluidos de la cobertura por las secciones 190[7] y 198-c[3]).
- De personas empleadas por un organismo público, como un municipio, condado o ciudad.
- De personas que trabajan por cuenta propia.
- Por trabajos realizados en un proyecto de obra pública (use el formulario PW-4).

Parte 1. Persona que presenta el reclamo (información del empleado/persona que presenta la queja)

1. Nombre completo:(nombre) (segundo nombre) (apellido)
2. Otro nombre por el que se le conoce en el trabajo:
3. Dirección postal: Núm.: Número y calle: N.º de depto.
Ciudad/pueblo: Condado: Estado: Código postal:
4. Teléfono: () 5. Otro teléfono:()
6. Correo electrónico: 7. Idioma principal/de preferencia:

Parte 2. Reclamo presentado contra (compañía/información del propietario de la compañía)

- 8a. Nombre comercial:
- 8b. Nombre legal (si es distinto):
- 8c. Tipo de entidad legal: Individual LLC Sociedad Corporación Otra:
- 8d. Dirección postal: N.º: Número y calle: Piso/sala/oficina núm.:
Ciudad/pueblo: Condado: Estado: Código postal:
- 8e. Teléfono de la compañía: () 8f. Correo electrónico:

9a. Nombre y cargo del propietario:

9b. Dirección postal: N.º: Número y calle: Núm. de depto.
Ciudad/pueblo: Condado: Estado: Código postal:

9c. Teléfono del propietario: () 9d. Correo electrónico:

10. Tipo de negocio: restaurante tienda minorista ayuda doméstica construcción oficina otro:

11. Horario de atención de la compañía: 12. Número total de empleados:

13a. ¿La compañía sigue funcionando? Sí No 13b. Si contestó que no, ¿cuándo cerró la compañía?

14. Nombre y ubicación del banco del empleador (adjunte copia de un cheque o de un talón de cheque):

15. ¿El empleador se ha declarado en bancarrota? Sí No No se sabe

Parte 3. Persona que presenta el reclamo (información del empleo)

16. Su cargo: 17. Tipo de trabajo que desempeñó:

18. Fecha de contratación: 19. Nombre y cargo de la persona que lo contrató:

20. Nombre de su gerente/supervisor/capataz:

21. Nombre de la persona que pagó su salario:

22. Dirección del lugar de trabajo: N.º: Número y calle: Piso/sala/oficina núm.:
Ciudad/pueblo: Condado: Estado: Código postal:

23. ¿Viajaba regularmente fuera del estado de Nueva York por trabajo? Sí No

24. Su relación con la compañía: Continúa empleado Despedido Renunció Cesado temporalmente

25a. Último día que trabajó: 25b. Motivo por el que salió:

26a. ¿Era miembro de un sindicato? Sí No

26b. Si contestó que sí, nombre y número de local del sindicato:

27a. Su sueldo: \$ por Día Semana Hora Otro

27b. Su sueldo por tiempo extra: \$

28a. ¿Ganaba propinas con regularidad? Sí No 28b. Si contestó que sí, ¿cuánto por hora, en promedio?

28c. ¿Su empleador se quedaba con sus propinas o las de otros empleados? No Sí, las de usted Sí, las de otros

28d. Si contestó que sí, ¿cuánto? Por favor explique:

29a. ¿Cuál era su día de pago? Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Dom

29b. ¿Qué período cubría (por ejemplo, de Sáb a Vie)

30. ¿Con qué frecuencia le pagaban? Diaria Semanal Cada dos semanas Otra

31. ¿Cómo se pagaban sus sueldos? Efectivo Cheque Depósito directo Tarjeta de pago
 Combinación: (explique; por ejemplo, parte en efectivo y parte en cheque)

32a. ¿Estaba obligado a usar uniforme? Sí No 32b. Si contestó que sí, describa el uniforme:

32c. ¿Le proporcionaban uniformes sin costo para usted? Sí No 32d. Si contestó que no, ¿cómo se compraban los uniformes y cuánto costaban?

Parte 4. Reclamación de salarios no pagados

Llene esta sección si le deben sueldos (consulte la parte 6 si le deben pagos por tiempo extra). Use un renglón para cada semana. Los sueldos brutos son la cantidad ganada antes de impuestos u otras deducciones. Adjunte una hoja separada si necesita añadir semanas adicionales o para proporcionar más información.

A. Fecha de terminación de la semana de nómina	B. Cantidad de días trabajados en la semana	C. Horas trabajadas en la semana	D. Sueldo (Ganado o prometido)	E. Deducciones ilegales del sueldo (por ejemplo, multas, mermas, etc.)	F. Sueldos brutos debidos por la semana	G. Sueldos brutos pagados (Si el empleador paga parte de los sueldos debidos, escriba el importe aquí)	H. Diferencia entre los sueldos brutos debidos y los sueldos brutos pagados
Ej.: 4/4/2017	7	35	\$16.00 por hora		\$560 (CxD)	\$0	\$560 (F-G)
I. Total							

33a. Si el banco no pagó su cheque de nómina, escriba el número de cheque y la fecha de terminación de la semana de nómina. Si lo tiene, entregue una copia del cheque:

33b. Período de la reclamación: ¿Qué período de tiempo cubre su reclamación de sueldos?

Fechas del: _____ al: _____

Parte 5. Permiso por enfermedad con goce de sueldo no pagado

Llene esta sección si le deben permiso por enfermedad con goce de sueldo. La Sección 196-b de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York ordena a los empleadores con cinco o más empleados o con ingresos netos por más de 1 millón de dólares que brinden permiso por enfermedad pagado a sus empleados. El 30 de septiembre de 2020, los empleados cubiertos en el estado de Nueva York empezaron a acumular permiso a una tasa de una hora por cada 30 horas trabajadas. A partir del 1 de enero de 2021, los empleados pueden empezar a usar el permiso acumulado.

A. Período en que se acumuló el permiso por enfermedad con sueldo	B. Cantidad de permiso por enfermedad con sueldo acumulado	C. Fecha(s) en que se usó el permiso por enfermedad con sueldo	D. Cantidad de tiempo de beneficio debido	E. Sueldo regular	F. Importe del pago del beneficio debido
Ej.: 30/Sep/20-8/Ene/21	16.5 horas	11/Ene/21	8 horas	\$20/hora	\$160
G. Total					

Parte 6. Reclamación de complementos salariales no pagados

Llene esta sección si le deben complementos salariales. Los complementos salariales son prestaciones prometidas por el empleador, como pago de vacaciones, gastos, pago de días feriados, etc.

34. Explique los beneficios prometidos o adjunte una copia de la política escrita o el manual:

A. Tipo de beneficio debido	B. Período de tiempo en el que se ganó el beneficio	C. Fecha de vencimiento del pago del beneficio	D. Cantidad de tiempo de beneficio debido	E. Importe del pago del beneficio debido	F. Beneficio prometido por:
Ej.: Pago de vacaciones.	1/1/16-12/31/16	1/1/17	1 semana	\$700	<input checked="" type="checkbox"/> política escrita <input type="checkbox"/> promesa verbal
					<input type="checkbox"/> política escrita <input type="checkbox"/> promesa verbal
					<input type="checkbox"/> política escrita <input type="checkbox"/> promesa verbal
					<input type="checkbox"/> política escrita <input type="checkbox"/> promesa verbal
G. Total					

Parte 7. Reclamación por falta de pago del salario mínimo u horas extras

Llene esta sección si le pagaron menos del salario mínimo por hora estatal o si no le pagaron tiempo extra, o si le deben tiempo extra por trabajar 2 turnos en un día, o por trabajar más de 10 horas en un día. La mayoría de los empleados deben recibir por lo menos el salario mínimo, y 1 ½ veces el tiempo trabajado si trabajan más de 40 hora por semana.

35a. ¿Le pagan el salario mínimo por cada hora trabajada? Sí No

35b. ¿Le pagan una y media veces su sueldo por las horas trabajadas en exceso de 40? Sí No

35c. ¿Le pagan algún sueldo por las horas trabajadas en exceso de 40? Sí No

35d. Si contestó que sí, ¿cuánto por hora?

35e. ¿Le pagan una hora extra por trabajar 2 turnos en un día o por trabajar más de 10 horas en un día?

Sí No

35f. Si contestó que no a cualquiera de las preguntas anteriores, explique y llene el siguiente calendario de su semana laboral:

A. Día laboral	B. Hora de inicio del día laboral	C. Hora en que termina el día laboral	D. Tiempo libre para comidas	E. Horas totales
Ejemplo	10:00 a.m.	11:00 p.m.	30 min	12.5 horas
Domingo	:	:		
Lunes	:	:		
Martes	:	:		
Miércoles	:	:		
Jueves	:	:		
Viernes	:	:		
Sábado	:	:		
F. Semanal total				

- 36a. ¿Las horas trabajadas que escribió son las mismas en cada semana? Sí No
- 36b. Si contestó que no, escriba su estimación del número promedio de horas trabajadas por semana:
- 36c. ¿Le deben pagos por disponibilidad o pagos por mantenimiento de uniformes? Si contestó que sí, explique y escriba las fechas.
- 36d. Período de la reclamación: ¿Qué período de tiempo cubre su reclamación por falta de pago del salario mínimo u horas extras?
 Fechas del: _____ al: _____
- 36e. Proporcione información sobre sus sueldos regular y de tiempo extra durante el período de reclamación anterior.
- | | | | |
|-------------|-----------|-----------------|-----------|
| Fechas del: | _____ | al: | _____ |
| Regular: \$ | _____ por | Horas extra: \$ | _____ por |
| Fechas del: | _____ | al: | _____ |
| Regular: \$ | _____ por | Horas extra: \$ | _____ por |
| Fechas del: | _____ | al: | _____ |
| Regular: \$ | _____ por | | _____ por |

Parte 8. Reclamación no salarial

Marque las opciones correspondientes si quiere hacer una reclamación no relacionada con salarios. Marque todas las que correspondan. Explique y adjunte una hoja adicional si es necesario.

El empleador no cumplió sus siguientes obligaciones:

- 37a. Brindar un período de comida de 30 minutos _____
 ¿Le pagaron el tiempo trabajado cuando el empleador no le brindó el período de comida? Sí No
- 37b. Entregar un estado de cuenta del sueldo (recibo de nómina) _____
- 37c. Brindar un día de descanso _____
- 37d. Entregar un aviso de sueldo con toda la información requerida _____
- 37e. Registrar la acumulación del permiso por enfermedad con goce de sueldo exigido en el estado de Nueva York _____
- 37f. Publicar los avisos requeridos y el cartel sobre el salario mínimo _____
- 37g. Seguir las reglas sobre el empleo de menores de edad (menores de 18 años) _____
- 37h. Otra: _____

Parte 9. Antecedentes de la reclamación

- 38a. ¿Usted pidió sus sueldos? Sí No
- 38b. Si contestó que sí, explique. ¿A quién y cuándo se los pidió, y qué ocurrió?

38c. ¿Ya ha tomado acción, como presentar un reclamo ante tribunales menores o mediante una demanda, a fin de recuperar su salario?

Sí No

38d. Si contestó que sí, explique. _____

Parte 10. Asistencia en reclamaciones

39a. ¿Tiene un representante (por ejemplo, abogado privado, grupo de defensa)? Sí No

39b. Si contestó que sí, nombre e información de la persona o grupo:

39c. ¿Este representante lo ha ayudado a presentar esta reclamación? Sí No

39d. ¿Le ha pagado o planea pagarle a este representante? Sí No

39e. ¿Desea que hablemos con este representante sobre su reclamación? Sí No
De ser así, los representantes deben entregar una Carta de representación (formulario LS 11).

39f. ¿Alguien, que no sea el representante, lo ayudó a llenar este formulario? Sí No

39g. Si contestó que sí, ¿quién lo ayudó y por qué?

Comentarios adicionales/información útil:

Al presentar esta reclamación, usted reconoce y comprende que el NYSDOL, a criterio de la autoridad del Comisionado del Departamento de Trabajo, evaluará su queja para la investigación, dispondrá el alcance de la investigación de cualquier tipo de reclamación aceptada y solucionará las reclamaciones con la mayor celeridad posible. El Comisionado del Departamento de Trabajo será responsable de determinar la disposición de las reclamaciones y la resolución de las infracciones.

Certifico que la información anterior es verdadera en la medida de mi conocimiento, y soy consciente de que existen sanciones por hacer declaraciones falsas. Autorizo al Comisionado del Departamento de Trabajo y a sus delegados y agentes para recibir, endosar en mi nombre y depositar en la cuenta del Comisionado del Departamento de Trabajo los cheques y las órdenes de pago expedidas a mi favor como pago de esta reclamación. Notificaré al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York en caso de que mi información de contacto cambie.

Firma del solicitante

Fecha

Envíe su formulario contestado a la dirección que aparece en la página 1.