



Sección 194 del Formulario de queja por equidad salarial de acuerdo a los estándares laborales

Utilice este formulario para presentar una queja si:

Su empleador no le paga equitativamente con respecto a otros empleados que realizan un trabajo similar debido a que usted se encuentra dentro de una condición de clase protegida.

Un empleador debe basar sus sueldos en un sistema de antigüedad, un sistema de mérito, un sistema que mida los ingresos de acuerdo a la cantidad o calidad de la producción, un factor como nivel educativo, capacitación, experiencia, u otro sistema que no discrimine contra aquellos con una condición de clase protegida.

La condición de clase protegida es raza, credo, nacionalidad, orientación sexual, identidad o expresión de género, condición militar, sexo, discapacidad, características de predisposición genética, condición familiar, estado civil, condición de víctima de violencia doméstica u otras protegidas por el Artículo 296 del Poder Ejecutivo.

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. Las quejas por salario u otros asuntos deben presentarse utilizando el *formulario LS223*.

Responda todas las preguntas. Brindar información completa nos ayuda a revisar su queja y aceptarla para investigación.

Envíe su formulario de queja por correo postal a: New York State Department of Labor
Division of Labor Standards
1200 Washington Avenue
Building 12, Room 266B
Albany, NY 12226

Nos comunicaremos con usted si no contamos con suficiente información para proceder o si su reclamo parece inválido.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, llame al (888) 469-7365.

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

1. Nombre:(de pila)_____ (segundo nombre)_____ (apellido)_____
2. Otro nombre por el que se le conoce en el trabajo: _____
3. Dirección postal: No: _____ Calle: _____ Dpto. No.: _____
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: No.: _____ Calle: _____ Piso/sala/oficina No.: _____

Ciudad/pueblo: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

8e. Teléfono de la oficina: _____ 8f. Correo electrónico: _____

a. Nombre y cargo del propietario: _____

9b. Dirección postal: No: _____ Calle: _____ Dpto. No.: _____

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 haciendo negocios? Sí No

13b. Si la respuesta es "No," ¿cuándo cerró la compañía? _____

14. Nombre y ubicación del banco del empleador: _____

(también 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 laboral: _____

17. Tipo de trabajo que desempeñó: _____

18. Fecha de contratación: _____ 18a. Fecha inicial de empleo: _____

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: No.: _____ Calle: _____ Piso/sala/oficina No.: _____

Ciudad/pueblo: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

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

25a. Último día que trabajó: _____

25b. Motivo por el que salió: (Por favor explique su queja y proporcione tanto detalle como sea posible).

26a. Su tarifa de pago: \$ _____ por Día Semana Hora Otra: _____

29a. ¿Le pagaron una tarifa menor que a otro empleado en el mismo establecimiento, por el mismo trabajo realizado bajo condiciones laborales similares? Sí No

29b. Si la respuesta es "Sí", ¿esta persona tenía un cargo superior al suyo o poseía más educación, capacitación o experiencia que usted? Sí No

30. ¿Otros empleados también están siendo discriminados?

Por favor explique: _____

Parte 4. Antecedentes del reclamo

30c. ¿Ya ha tomado acción, como presentar un reclamo ante tribunales menores o mediante una demanda, a fin de recuperar su salario?

Sí No

30d. Si la respuesta es "Sí", por favor explique: _____

Parte 5. Represalias

31a. ¿Se ha quejado ante su empleador por esta u otra violación de la ley laboral? Sí No

31b. Si la respuesta es "Sí", ¿qué ocurrió? _____

Parte 6. Asistencia de reclamo

32a. ¿Tiene un representante (por ejemplo, abogado privado, grupo de defensa)? Sí No

32b. Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre de la persona o grupo: _____

32c. ¿Este representante lo ha ayudado a presentar este reclamo? Sí No

32d. ¿Le ha pagado o planea pagarle a este representante? Sí No

32e. ¿Desea que hablemos con este representante sobre su reclamo? Sí No

De ser así, los representantes deben enviar una Carta de representación (*formulario LS 11*).

32f. ¿Alguien, que no sea el representante, lo ayudó a llenar este formulario? Sí No

32g. Si la respuesta es "Sí", ¿quién lo ayudó y por qué?

Comentarios adicionales/información útil:

Firma: _____ Fecha: _____