

30a. ¿El empleador le cobra otros gastos de subsistencia o transporte? Sí No 30b. Si contestó que sí, ¿cuáles y cuánto le cobran por semana o mes?

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 (Cx D)	\$0	\$560 (F-G)
I. Total							

31a. Si el banco no pagó su cheque de nómina, (fondos insuficientes), escriba el número de cheque y la fecha de terminación de la semana de nómina. Si lo tiene, entregue una copia del cheque: _____

31b. 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.: 9/30/20-1/8/21	16.5 horas	1/11/21	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.

32. 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. La mayoría de los empleados deben recibir por lo menos el salario mínimo, y 1 ½ veces el tiempo trabajado si trabajan más de 60 horas por semana calendario.

33a. ¿Le pagan el salario mínimo por cada hora trabajada? Sí No

33b. ¿Le pagan 1 ½ veces su sueldo por las horas trabajadas en exceso de 60? Sí No

33c. ¿Le pagan algún sueldo por las horas trabajadas en exceso de 60? Sí No

33d. Si contestó que sí, ¿cuánto por hora? _____

33e. ¿Le pagan 1 ½ veces su sueldo si tiene que trabajar en su 'día de descanso'? Sí No

33f. 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				

34a. ¿Las horas trabajadas que escribió son las mismas en cada semana? Sí No

34b. Si contestó que no, escriba su estimación del número promedio de horas trabajadas por semana: _____

34c. Período de la reclamación: ¿Qué período de tiempo cubre su reclamación por falta de pago del salario mínimo u horas extras?

Fechas del: ____/____/____ al: ____/____/____

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:

35a. 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

35b. Entregar un estado de cuenta del sueldo (recibo de nómina)

35c. Brindar un día de descanso

35d. Pagar los sueldos de los empleados usando al menos uno de estos métodos permisibles:

Efectivo/Cheque/Depósito directo/Tarjeta de débito de nómina (tarjeta de pago) _____

35e. Obtener la autorización por escrito del empleado para el pago de sueldos por depósito directo o tarjeta de débito de nómina. _____

35f. Entregar un aviso de despido

35g. Entregar un aviso de sueldo con toda la información requerida _____

35h. Pagar los sueldos con puntualidad

35i. Pagar los sueldos con registros contables correctos

35j. Registrar la acumulación del permiso por enfermedad con goce de sueldo exigido en el estado de Nueva York

35k. Publicar los avisos requeridos y el cartel sobre el salario mínimo agrícola

35l. Seguir las reglas sobre el empleo de menores de edad (menores de 18 años)

35m. Brindar acceso a agua potable

35n. Proporcionar instalaciones sanitarias y para el lavado de manos

35o. Obligación de trabajar involuntariamente más de 60 horas por semana

35p. Otra _____

Parte 9. Antecedentes de la reclamación

36a. ¿Usted pidió sus sueldos? Sí No

36b. Si contestó que sí, explique. ¿A quién y cuándo se los pidió, y qué ocurrió?

Parte 10. Represalias

37a. ¿Presentó alguna queja sobre esta u otras infracciones a las leyes laborales? Sí No

37b. Si contestó que sí, ¿qué ocurrió?

37c. ¿Usted y sus compañeros de trabajo han sufrido alguna acción negativa porque hablaron sobre sus inquietudes laborales o por haber participado en actividades de organización sindical? Sí No

37d. Si contestó que sí, ¿qué ocurrió?

37e. ¿Quiere presentar ahora una queja por represalias en contra de este empleador? Sí No

Parte 11. Asistencia en reclamaciones

38a. ¿Tiene un representante (por ejemplo, abogado privado, grupo de defensa)? Sí No

38b. Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona o grupo: _____

38c. ¿Este representante lo ha ayudado a presentar esta reclamación? Sí No

38d. ¿Le ha pagado o planea pagarle a este representante? Sí No

38e. ¿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).

38f. ¿Alguien, que no sea el representante, lo ayudó a llenar este formulario? Sí No

38g. Si contestó que sí, ¿quién lo ayudó y por qué? _____

Comentarios adicionales/información útil:

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