

ANTES DE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN SALARIAL POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES

IMPORTANTE: Al presentar esta queja con el Programa de Salarios y Horas, usted está eligiendo una solución que podría impedirle presentar esta demanda por otras vías, incluyendo los tribunales civiles.

Se puede presentar una reclamación salarial en persona desde las 8 a.m. hasta las 5 p.m., lunes a viernes, en la siguiente dirección:

530 W. Allegan St.
Lansing, MI 48933

o mandando por correo el formulario completado a:

P.O. Box 30476
Lansing, MI 48909-7976

Puede presentarlo en línea en nuestro sitio web: www.michigan.gov/wagehour

NO LLENE EL FORMULARIO DE QUEJA SALARIAL SI:

- Usted no ha trabajado en Michigan.
- Su empleador se está declarando en quiebra o ha sido declarado en quiebra. En tal caso, tendrá que ponerse en contacto con el Tribunal de Quiebras para recibir más instrucciones.
- Eras un voluntario, subcontratista, dueño/operador, o autónomo.
- Ha presentado una demanda contra el empleador por problemas con los mismos salarios o beneficios complementarios.
- Ya ha recibido un dictamen de un tribunal civil sobre los mismos salarios y beneficios complementarios.
- No sabe el nombre completo y dirección postal de la compañía de su empleador.
- Está intentando obtener un W-2 o formulario tributario 1099. Póngase en contacto con el Servicio de Rentas Internas (IRS) llamando al 1-800-829-1040.
- Su reclamación de salarios y/o beneficios complementarios trabajados y pagaderos han excedido el estatuto de limitaciones de 12 meses.
- Su reclamación de salarios mínimos o horas extraordinarias excede el estatuto de limitaciones de 3 años.

SUMINISTRE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA A CONTINUACIÓN Y LLENE POR COMPLETO EL FORMULARIO DE QUEJA SALARIAL CON:

- Su nombre, dirección postal completa y número de teléfono, **y**
- El nombre completo y dirección postal de su empleador, **y**
- La razón por la que presenta la reclamación **incluyendo** el periodo reclamado **y** la cantidad total reclamada para **cada** caso reclamado.
- Se deben incluir como prueba copias de documentos con su reclamación, como un contrato de trabajo, acuerdo salarial, acuerdo de negociación colectiva, declaraciones de comisiones, recibos, registros de horas, listado de horas trabajadas, justificantes de pago, W-2, política empresarial de beneficios complementarios por escrito (paga de vacaciones, paga por enfermedad, paga por días festivos, días libres pagados, bonificaciones, reembolso de gastos) o un contrato.

NOTA: Presentar esta queja no garantiza un pago o un fallo a su favor. Si el formulario está incompleto le será devuelto.

PROCESO DE INVESTIGACIÓN

- La reclamación se asigna a un investigador para revisar que esté completo y determinar si la reclamación está dentro de la autoridad del Programa de Salarios y Horas. Si la reclamación está dentro de la autoridad del Programa, se notifica por correo a las partes envueltas en la reclamación que la reclamación está abierta y que la reclamación se está investigando.
- Todos los investigadores trabajan los casos en el orden en el que se presentan e investigarán cuidadosamente y resolverán su reclamación en conformidad con la ley cuando aparezca en su lista de casos.
- El tiempo que se requiere para realizar una investigación depende de la cooperación de las partes envueltas en el proceso y de la complejidad del caso.
- Se pondrán en contacto con usted si se necesita más información y cuando finalice la investigación.

DEBE NOTIFICAR AL PROGRAMA SI:

- Usted recibe cualquier pago directo de su empleador.
- Cambia su dirección o teléfono de contacto/número de celular.
- **El no proveer esta información demorará la investigación de su queja.** Además, el Programa no puede mandarle por correo pagos recibidos de su empleador sin su dirección actual.

NÚMERO DE RECLAMO:

<p>QUEJA SALARIAL Departamento de Michigan de Licencias y Asuntos Regulatorios Administración de Salud y Seguridad Ocupacional de Michigan Programa de Salarios y Horas</p> <p>Dirección de Correos: P.O. Box 30476 Lansing, MI 48909-7976 Teléfono Gratuito: 1-855-464-9243 Sitio Web: www.michigan.gov/wagehour</p> <p>Dirección de calle: 530 W. Allegan St. Lansing, MI 48933 Fax: 517-322-6352</p>		<p>IMPORTANTE: Al presentar esta reclamación con el Programa de Salarios y Horas usted está eligiendo una solución que podría impedirle presentar esta demanda por otras vías, incluyendo los tribunales civiles.</p> <p>LARA es un empleador/programa con igualdad de oportunidades. Hay artículos y servicios auxiliares y otras adaptaciones razonables disponibles para las personas con discapacidad que lo soliciten con el propósito de accesibilidad bajo la ley estatal y la ley federal. Por favor llame al 517.284.7800 para hacer saber sus necesidades a esta agencia.</p> <p>AUTORIDAD: 1978 PA 390, 2014 PA 138 TERMINACIÓN: VOLUNTARIA SANCIÓN: NINGUNA</p>	
<p>INFORMACIÓN DEL EMPLEADO. Letra de Imprenta Por Favor</p>			
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		ÚLTIMOS 4 NÚMEROS DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:	
DIRECCIÓN (NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE):		FECHA DE NACIMIENTO:	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:		CONDADO:	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL	NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE ALGUIEN QUE SIEMPRE SABRÁ COMO CONTACTAR CON USTED:			
DIRECCIÓN DONDE TRABAJÓ (NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE):			
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		CONDADO:	
FECHA DE INICIO DE EMPLEO (MES/DÍA/AÑO):		ÚLTIMA FECHA DE EMPLEO (MES/DÍA/AÑO):	
SITUACIÓN LABORAL: <input type="checkbox"/> RENUNCIÓ <input type="checkbox"/> DESPEDIDO <input type="checkbox"/> AÚN TRABAJA		¿CADA CUÁNTO LE PAGABAN? <input type="checkbox"/> SEMANALMENTE <input type="checkbox"/> CADA DOS SEMANAS <input type="checkbox"/> DOS VECES AL MES <input type="checkbox"/> MENSUALMENTE	
INTRODUZCA SU TASA SALARIAL. PROVEA UNA COPIA DE SU NÓMINA.	POR HORA \$	SALARIO \$	COMISIÓN \$
			TASA A DESTAJO / OTROS \$
SI ASALARIADO, ¿CUÁNTOS DÍAS/HORAS DEBÍA TRABAJAR CADA SEMANA O PERIODO DE TRABAJO?		¿CUÁL FUE/ES SU PUESTO DE TRABAJO?	
<p>INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR. Letra de imprenta Por Favor</p>			
NOMBRE DE LA EMPRESA:		TIPO DE EMPRESA (SI SE SABE):	
DIRECCIÓN (NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE):			
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:		CONDADO:	
NÚMERO DE TELÉFONO:	NÚMERO DE FAX:	CORREO ELECTRÓNICO O SITIO WEB DEL EMPLEADOR (SI SE CONOCE):	
NOMBRE DE LA PERSONA ENCARGADA DE LAS OPERACIONES DIARIAS:		ENUMERE EL NÚMERO APROXIMADO DE EMPLEADOS:	
¿SU TRABAJO FUE SUPERVISADO POR MÁS DE UN EMPLEADOR? EN TAL CASO, ENUMERE ABAJO EL NOMBRE, DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL, Y NÚMERO DE TELÉFONO O ADJUNTE UNA HOJA ADICIONAL ENUMERANDO LA INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR ADICIONAL.			

ESTA RECLAMACIÓN SERÁ DEVUELTA SI NO SE PROPORCIONA LA CANTIDAD Y EL PERIODO DE RECLAMACIÓN.

El rellenar esta queja no garantiza el pago o que haya un fallo a su favor.

Por favor proporcione documentación para probar su reclamación, por ejemplo, nóminas, hoja de registro horario, políticas empresariales escritas, etc.

Su razón para Llenar esta reclamación	Periodo de reclamación Mes/Día/Año to Mes/Día/Año		Calcule la Cantidad Reclamada para Cada Selección Adjunte hojas adicionales si es necesario	Cantidad Reclamada
SUELDOS			Ejemplo: Por hora = 80 horas X \$10.00/hora.	\$800.00
Por Hora				
Salario				
Comisiones (Proporcione una lista de comisiones)				
Tasa por Producción/ Otros				
Deducciones no autorizadas				
BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS (Proporcione la política empresarial escrita o el contrato)			Ejemplo: Paga de Vacaciones =80 horas X \$10.00/hora.	\$800.00
Paga de Vacaciones				
Días Libres Pagados				
Paga por Días Festivos				
Paga por Enfermedad				
Reembolso de gastos (Proporcione una lista de gastos)				
Bono (Enumere el tipo de bonificación)				
SUELDO MÍNIMO			Ejemplo: SM = 40 horas X \$8.15/hora.	\$326.00
HORAS EXTRAORDINARIAS			Ejemplo: HE = 100 HE horas X \$15.00/HE hora.	\$1,500.00
TOTAL BRUTO (antes de deducciones tributarias) CANTIDAD RECLAMADA				\$
¿Está presentando una queja por nóminas o declaraciones salariales que no recibió?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En tal caso, por favor enumere las fechas que no recibió una nómina o declaración salarial:				

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS		
	SI	NO
¿HA PRESENTADO UNA DEMANDA CONTRA EL EMPLEADOR POR LOS ASUNTOS INCLUIDOS EN ESTA RECLAMACIÓN?		
SI ESTÁ RECLAMANDO BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS, ¿HABÍA UNA POLÍTICA DE EMPRESA POR ESCRITO O CONTRATO VIGENTE DURANTE EL TIEMPO QUE TRABAJÓ? EN TAL CASO, POR FAVOR PROPORCIONE UNA COPIA POR ESCRITO DE LA POLÍTICA DE EMPRESA O DEL CONTRATO.		
¿GENERA LA EMPRESA MÁS DE \$500,000/AÑO O TRANSPORTA BIENES FUERA DE MICHIGAN?		
¿ESTABA CUBIERTO SU TRABAJO POR UN CONTRATO SINDICAL? EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR PRESENTE UNA COPIA DEL CONTRATO.		

CERTIFICACIÓN: Certifico que a mi leal saber y entender esta es una declaración verdadera de los sueldos y/o beneficios complementarios que se me deben. Informaré al departamento si ocurre alguna de las siguientes situaciones: cambio de nombre, dirección, y/o número de teléfono personal y/o del empleador, o un pago directo y/o resolución de la reclamación.	
Firma del Reclamante:	Fecha: