

**(AVISO! LEA ESTAS INSTRUCCIONES CON CUIDADO ANTES DE
PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN DE SALARIO.**

NO HAGA USTED UNA RECLAMACIÓN SI:

- ...Usted trabajaba como "Contratista Independiente" en lugar de ser un "empleado" de la compañía.
- ... usted trabaja por su propia cuenta (autónomo) o si usted es el dueño/operador de la compañía.
- ... usted ya inició un pleito en una corte en contra de su patrón por los mismos beneficios o salario.
- ... usted ya tiene una decisión de una corte de tipo civil con relación a esta reclamación.
- ... usted está procurando obtener una forma W-2 ó 1099. De ser así, usted debe comunicarse con el Servicio de Rentas Internas (IRS) al (800) 829-1040.
- ... la compañía está en bancarota o se ha determinado que está en quiebra. De ser así, comuníquese con el Tribunal de Quiebras (Bankruptcy Court) para más información.
- ... usted desconoce la dirección o localización de la compañía.
- ... su intención es a presentar una reclamación de beneficios contra varias compañías. Tendrá que presentar un formulario para cada compañía por cual quiere reclamar beneficios. Además, cada reclamante tendrá que presentar su propio formulario.
- ... la fecha de la ley de prescripción que corresponde a su reclamación ya se pasó.
 - Reclamaciones por razón de falta de pago del salario mínimo, sobretiempo o pago igual por trabajo igual están sujetas a un límite de tres (3) años.
 - Este plazo es de un solo año cuando es por razón de falta de pago, comisiones, deducciones ilegales y/o beneficios de otra clase tal como pago por vacaciones, días festivos (feriados), tiempo por enfermedad, bonos, o gastos por parte de la compañía incurridos de acuerdo con un contrato o póliza escrita.
 - Una reclamación que alega terminación o represalias por presentar una reclamación por salario o beneficios tiene que presentarse durante 30 días a partir de la terminación de empleo o represalia.

PRESENTANDO UN RECLAMO

SI EL FORMULARIO NO ESTÁ LLENA POR COMPLETO SEGÚN LAS INSTRUCCIONES, SE LE DEVOLVERÁ.

Lea todas la preguntas en el formulario con cuidado antes de que usted las conteste. Llene el formulario por completo, legible y exacto, presentado la mayor información posible. Para que su reclamación sea considerada, **usted tendrá que presentar la siguiente información:**

- Su nombre y dirección con la calle y número del domicilio, y número del apartamento.
- Por favor, incluya un número telefónico donde le podemos llamar durante las horas laborales. *(Si usted cambia de dirección o teléfono, se tiene que avisar al Departamento de inmediato para que su reclamación no sea retirada.)*
- Incluya el nombre de la compañía o persona que le ocupaba, la dirección correcta, y el número telefónico. Se le devolverá su reclamación si carece de la dirección completa del patrón o compañía.
- Incluya la cantidad de cada clase de compensación o beneficio reclamado y explique cómo usted calculó dicha cantidad. Se le devolverá su reclamación si no tiene la cantidad reclamada.
- Incluya el plazo en cuestión por el cual está reclamando compensación.
- Incluya con su reclamación copias de cualquier documento o comprobante que usted tenga para respaldar su reclamación, tal como un contrato de trabajo, récords de horas, talones de cheque, pólizas con los términos de otros beneficios, etcétera.

Se puede presentar su reclamación en persona de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., lunes a viernes, o enviarla por correo dirigiéndola al:

**Department of Licensing and Regulatory Affairs
Wage & Hour Division
7150 Harris Dr., PO Box 30476
Lansing, MI 48909-7976**

Al recibir su reclamación, el Department of Licensing and Regulatory Affairs hará lo siguiente:

1. Su forma se entregará a uno de nuestros investigadores para una revisión inicial. Entonces, el investigador decidirá si la forma está completa y si el Departamento tiene la jurisdicción para hacer una averiguación.
2. De ser así, el caso se aceptará para que sea investigado y se enviará una carta de notificación al empleador pidiendo una respuesta. La carta exigirá documentación sobre el caso y/o un cheque por cualquier cantidad no disputada. El Departamento le mandará al reclamante cualquier pago que reciba de la compañía. No es necesario comunicarse con el Departamento para pedir su pago.
3. Es sumamente importante que usted avise al Departamento de cualquier pago recibido directamente del patrón.
4. Es sumamente importante que usted avise al Departamento de cualquier cambio de domicilio, dirección, o número telefónico. El no reportar esta información causará un retraso en resolver su caso. Además, el Departamento no podrá enviarle ningún dinero a menos que tenga su dirección correcta.
5. Todos los investigadores trabajan en los casos en el orden en que son recibidos. Esto quiere decir que usted no recibirá ninguna comunicación del investigador hasta que llegue a su caso en su orden. Esto puede tomar algún tiempo. El tiempo necesario para completar una investigación dependerá de la cooperación de usted, de la compañía, y de la complejidad del caso. Entretanto, usted debe obtener cualquier récords o documentos que haya para respaldar su reclamación y tenerlos a mano cuando el investigador se ponga en contacto con usted con relación a su caso.

Al presentar una reclamación al Department of Licensing and Regulatory Affairs, The Wage and Hour Division, usted está seleccionando un remedio que puede limitar su derecho de presentar su reclamación en otros foros, inclusive en una corte o tribunal civil.

CLAIM NUMBER:

RECLAMACIÓN DE SALARIO DE EMPLEO
 Department of Licensing and Regulatory Affairs
 Michigan Occupational Safety & Health Administration
 Wage & Hour Division

DIRECCIÓN POSTAL:

P.O. Box 30476
 LANSING, MI 48909-7976
 TELÉFONO 517.322.1825

SEÑAS:

7150 HARRIS DR
 DIMONDALE, MI 48821
 FAX: 517.322.6352

PÁGINA DE INTERNET: WWW.MICHIGAN.GOV/WAGEHOUR

(IMPORTANTE! Si Ud. presenta su reclamación al Department of Licensing and Regulatory Affairs, está seleccionando un remedio que puede limitar su derecho de presentar su reclamación en otros foros, inclusive en una corte o tribunal civil.

El Department of Licensing and Regulatory Affairs no la discrimina en el trabajo, educación, viviendas, acomodo publico, servicio publico o en la aplicación de la ley por motivos de religión, raza, color de la piel, origen nacional, edad, sexo, estado civil, estatura, peso, arrestos, estado familiar, ó por impedimentos físico ó mental. Las personas con las inhabilidades que necesitan las comodidades Ander los americanos con acto de las inhabilidades pueden hacer sus necesidades sabidas a esta agencia.

DATOS DEL/DE LA RECLAMANTE *Por favor imprimir su nombre.*

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)		Masc ___ Fem ___	Últimos 4 dígitos del Seguro Social
Dirección: (Número y Calle, Apartamento)		Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	
Ciudad, Estado, Código Postal		Condado	
Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono de casa ()	NÚMERO DE TELÉFONO-LUNES A VIERNES DE 8:00 A.M. A 5:00 P.M. ()	

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ALGUIEN QUE SIEMPRE SABRÁ CÓMO PONERSE EN CONTACTO CON USTED

Dirección del lugar donde trabajó: Numero y Calle	
Ciudad, Estado, Código Postal	Condado

Fecha del primer día de empleo: mes/día/año	Último día de empleo: mes/día/año				
Condición actual de su empleo: <input type="checkbox"/> Renuncié <input type="checkbox"/> Me despidieron <input type="checkbox"/> Sigo empleado	¿Cuán frecuentemente eran su pagos? <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por quincena <input type="checkbox"/> semi-mensual (cada 15 días) <input type="checkbox"/> mensual				
TASA DE COMPENSACIÓN:	<table border="1"> <tr> <td>Por hora \$</td> <td>Salario \$</td> <td>Comisión \$</td> <td>Otro \$</td> </tr> </table>	Por hora \$	Salario \$	Comisión \$	Otro \$
Por hora \$	Salario \$	Comisión \$	Otro \$		
¿Si asalariado, cuántos días trabajó por semana o período?	Si lo despidieron, que razón le dio su empleador o patrón para desocuparlo.				

DATOS DEL PATRON

Nombre del Negocio:	¿Qué clase de trabajo hacía Ud.?	
Dirección del Negocio (Número y Calle)		
Ciudad, Estado, Código Postal	Condado	
Número de teléfono ()	Fax Número ()	Correo electrónico o página de internet:
Nombre del supervisor o el encargado del manejo de la compañía.	NÚMERO DE EMPLEADOS:	

Si el empleador ya no se encuentra en la dirección indicada arriba, ¿dónde se puede contactar?

-SE LE DEVOLVERÁ SU FORMULARIO SI NO INCLUYE UNA CANTIDAD

Si Ud. ha usado otras hojas para explicar información suplemental, favor de adjuntarlas a este formulario. Adjunte también una copia de cualquier documento o comprobante que tenga que respalda su reclamación, tal como un contrato de empleo, contrato de sueldo, declaraciones de comisión, facturas, récords de horas, talones de cheque, póliza o contrato de beneficios suplementarios por escrito (pago por vacaciones, enfermedad, días de fiesta, descanso, bonificaciones o reembolso de gastos).

Género de Reclamo	Período Reclamado			Calcule la Cantidad Reclamada (Adjunte paginas adicionales si necesario)	Cantidad Reclamada	
	Mes/Día/Año	hasta	Mes/Día/Año			
Salario				Ejemplo: por hora = 80 hours X \$10.00/hr.	\$800.00	
Salario (por hora)						
Salario						
Comisiones						
Salario Mínimo/Sobretiempo						
Deducciones						
de beneficios (una copia de cualquier documento)				Ejemplo: vacaciones salario =80 horas X \$10.00/hr	\$800.00	
Vacaciones						
Gastos						
Días Feriados						
Días por Enfermedad						
Pago por Descanso						
Bonificaciones/Sobrepaga						
Tasa por Pieza o unidad						
Salario Mínimo						
Overtime						
Total que se reclama:						
Talón de cheque no proporcionado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si la respuesta es sí, por favor liste fechas que no reciben un salario comprobantes de pago o declaración:						
FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:						
					Sí	No
PRESENTÓ USTED UNA DEMANDA CONTRA EL EMPLEADOR SOBRE LAS CUESTIONES DE ESTA AFIRMACIÓN?						
¿PERTENECÍA A UN SINDICATO? PROVEA UNA COPIA DEL CONTRATO.						
¿EL NEGOCIO TIENE VOLUMEN DE VENTAS QUE EXEDE \$500,000 O TRANSPORTA COMERCIO FUERA DE MICHIGAN (INTERESTATAL)?						
¿CUAL RAZÓN LE DIERON POR NO PAGARLE SU SUELDO?						

CERTIFICACIÓN: Yo certifico que de acuerdo con mi buena fé y conocimiento, esta es una declaración verdadera de salario o beneficios suplementarios que se me adeudan. Yo informaré al departamento si cualquiera de lo siguiente ocurre: el cambio de nombre, dirección, número telefónico para mi; o del patrón; o si recibo pago directo y/o hay un arreglo de caso. **Presentando un reclamo no garantiza pago ni que el resultado sea a su favor.**

FIRMA DEL RECLAMANTE	FECHA
-----------------------------	--------------