

LEA ATENTAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES ANTES DE PRESENTAR UN RECLAMO DE SALARIO Y HORA

Nota: la presentación de un reclamo no garantiza el pago o un hallazgo a su favor. Las reclamaciones de salario y hora pueden presentarse en línea, por fax, por correo o en persona:

En línea: www.Michigan.gov/wageclaim

Por fax: 517-763-0110 **Por correo postal:** P.O. Box 30476, Lansing, MI 48909-7976

En persona: de lunes a viernes, de 8am a 5pm en las siguientes oficinas:

- 530 W. Allegan St., Lansing, MI 48933
- 3026 W. Grand Blvd., Suite 9-450, Detroit, MI 48202

COMPLETE EL FORMULARIO DE RECLAMACIONES DE SALARIOS Y BENEFICIOS Y PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

1. Su nombre, dirección postal completa y número de teléfono, **y**
2. El nombre completo y la dirección postal de su empleador, **y**
3. Su razón para presentar la reclamación, **incluido** el período reclamado **y** el monto total reclamado por **cada** denuncia.
4. Incluya copias de documentos para respaldar su reclamo (p. ej., contrato de trabajo, acuerdo salarial, convenio de negociación colectiva, declaraciones de comisiones, facturas, registros de tiempo, lista de horas trabajadas, W-2S, talones de cheques, beneficio complementarios, política por escrito o contrato con respecto al pago de vacaciones, pago por enfermedad, pago de vacaciones, tiempo libre pagado, bonificación, y reembolso de gastos).

SU QUEJA PUEDE SER DENEGADA O DEVUELTA SI:

5. No realizaste trabajo en Michigan.
6. Su empleador se ha declarado en bancarrota o se ha determinado que está en bancarrota. (Si es así, póngase en contacto con la Corte de Bancarrota.)
7. Usted no suministró el nombre completo del negocio o una dirección de correo para el empleador.
8. Está incompleta o carece de información o documentos de apoyo.

TIPOS DE RECLAMO:

Permiso médico denegado

9. No presente una reclamación por impago de un permiso médico pagado, si la supuesta infracción ocurrió más allá del **período de 6 meses del estatuto de limitaciones**.
10. Sírvase proporcionar una explicación por escrito de la supuesta violación, con el período reclamado, incluso si la reclamación no es monetaria, como la denegación de un permiso médico pagado.

Pago de salarios y beneficios marginales

11. No presente una reclamación alegando impago de salarios y/o beneficios marginales si la fecha de la presunta violación ocurrió más allá del período **de 12 meses del estatuto de las limitaciones**.
12. No presente una reclamación si usted ha presentado una demanda contra el empleador por el mismo salario o beneficios complementarios.
13. **IMPORTANTE:** las quejas presentadas en virtud de la ley de pago de salarios y beneficios complementarios, 1978 PA 390, en su forma enmendada, pueden impedirle buscar una solución alternativa por otras vías (por ejemplo, un tribunal).

Salario mínimo y horas extras

14. No presente una reclamación alegando impago de salario mínimo o salario por horas extras si la fecha de la presunta violación ocurrió más allá del período **de 3 años del estatuto de limitaciones**.

PROCESO DE INVESTIGACIÓN:

15. Una vez presentada, su reclamo será asignado a un investigador para revisar que este completo y determinar si la reclamación está dentro de la jurisdicción de la división. Si está dentro de nuestra jurisdicción, las partes serán notificadas por correo que el reclamo ha sido abierto y está siendo investigado. Si está fuera de nuestra jurisdicción, la reclamación puede ser desestimada.
16. Los investigadores procesan los reclamos en el orden en el que se presentaron de acuerdo con la rotación en su lista de casos.
17. El tiempo necesario para completar una investigación depende de varios factores, incluyendo la cooperación de las partes y la complejidad de la reclamación.
18. Se contactará a las partes si se requiere información adicional y tras la conclusión de la investigación.

DEBE NOTIFICAR INMEDIATAMENTE A LA DIVISIÓN SI:

19. Usted recibe cualquier pago del empleador relacionado con el reclamo.
20. Usted cambia su dirección, la división no puede enviarle ningún pago sin su dirección actual.
21. Usted cambia su teléfono de contacto/número de teléfono celular.

Si no informa oportunamente esta información puede retrasar la investigación o detener cualquier pago de su reclamo.

NÚMERO DE RECLAMO:**RECLAMACIÓN DE SALARIOS Y BENEFICIOS**

Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de
Michigan División de salarios y horas

Dirección postal: Dirección:
P.O. Box 30476 530 W. Allegan St.
Lansing, MI 48909-7976 Lansing, MI 48933
Número gratuito: 1-855-464-9243 Facsímile: 517-763-0110

Sitio web: www.Michigan.gov/wagehour

IMPORTANTE: si presenta esta reclamación bajo 1978 PA 390, usted está eligiendo una vía que puede impedirle realizar esta reclamación en otros lugares.

LARA es un empleador/programa de igualdad de oportunidades. Previa solicitud, se dispone de ayudas auxiliares, servicios y otras adaptaciones razonables para personas con discapacidades con el propósito de accesibilidad bajo la ley estatal y federal. Por favor llame al 517-284-7800 para comunicar sus necesidades a esta agencia.

AUTORIDAD: 1978 PA 390, 2014 PA 138, 2018 PA 337 y PA 338
REALIZACIÓN: VOLUNTARIA
PENALIZACIÓN: NINGUNA

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO. Por favor imprima

Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre		Últimos 4 números del Número de Seguridad Social (SSN):
Dirección (Calle y número):		Fecha de Nacimiento:
Ciudad, Estado, Código Postal:		Condado:
Dirección de Email:	Número de teléfono principal:	Número de teléfono durante el día:

Información de contacto de alguien que siempre sepa como contactar con usted:

La dirección donde trabajaba (Calle y número):

Ciudad, Estado, Código Postal:	Condado:
--------------------------------	----------

Fecha cuando comenzó a trabajar (Mes/Día/Año):		Último día que trabajó (Mes/día/Año):		
<input type="checkbox"/> Estado: <input type="checkbox"/> Fue despedido <input type="checkbox"/> Sigue empleado <input type="checkbox"/> Renunció		¿Cuán a menudo le pagaron? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Bisemanalmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente		
Escriba su Tasa de pago. Suministre una copia de su talón de cheques.	Por hora \$	Salario \$	Comisión \$	A destajo / Otro \$
¿Cuántos días/horas tenía que trabajar cada semana o período de pago?		¿Cuál era su cargo?		

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR. Por favor escriba en letra de molde

Nombre de la empresa:		Tipo de negocio (si se conoce):		
Dirección de la empresa (Nombre y número de la calle):				
Ciudad, Estado, Código Postal:		Condado:		
Número de Teléfono:	Número de Fax:	Email o página web del empleador (si se conoce):		
Nombre de la persona encargada de las operaciones del día a día:		Escriba el número aproximado de empleados:		
¿Su trabajo estaba dirigido por más de un empleador? En ese caso, escriba debajo el nombre del empleador adicional, su dirección, ciudad, estado, código postal, y número de teléfono o adjunte una hoja adicional que incluya la información.				

**ESTA reclamación puede ser devuelta si no se proporciona un monto de reclamo y un período de reclamo.
La presentación de esta queja no garantiza el pago o un hallazgo a su favor.**

Por favor, proporcione documentación para justificar su reclamo, por ejemplo, recibos de pago, hojas de tiempo, políticas de la empresa (por escrito), etc.

Su razón para presentar esta reclamación	Período de reclamo Mes/día/año a mes/día/año		Calcule la cantidad reclamada para cada selección Adjunte hojas adicionales si es necesario	Monto reclamado
Salarios			Ejemplo: cada hora = 80 horas X \$10.00/hr.	\$800,00
Por hora				
Salario fijo				
Comisiones (Proporcionar lista de comisiones)				
Tasa a destajo/otros				
Deducciones no autorizadas				
Beneficios marginales (proporcionar política o contrato por escrito)			Ejemplo: pago de vacaciones = 80 horas X \$10.00/hr.	\$800,00
Vacaciones Pagadas				
Tiempo libre pagado				
Días Festivos Pagados				
Pago por enfermedad				
Reembolso de gastos (Proporcionar lista de gastos)				
Bono (Tipo de lista de bonificación)				
PERMISO MÉDICO PAGADO			Ejemplo: permiso médico = 80 horas X \$10.00/hr.	\$800,00
SALARIO MÍNIMO			Ejemplo: MW = 40 horas X \$9.45/HR.	\$378,00
HORAS EXTRAS			Ejemplo: Horas Extras = 100 HE X \$15.00/HE HR.	\$1.500,00
TOTAL BRUTO (antes de deducciones fiscales) monto reclamado				\$
¿Está presentando una queja porque su empleador no le permitió usar permiso médico pagado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No hay				
En caso afirmativo, por favor enumere las fechas en las que no se le permitió usar su permiso:				
¿Está presentando una queja por comprobantes de pagos o declaraciones salariales que no recibió? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No hay				
En caso afirmativo, por favor enumere las fechas en las que no recibió un comprobante de pago o salario:				
POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS				
			Sí	No
¿HA PRESENTADO UNA DEMANDA CONTRA EL EMPLEADOR SOBRE LAS CUESTIONES EN ESTE RECLAMO?				
¿SI ESTA RECLAMANDO BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS, HABÍA UNA POLÍTICA ESCRITA O UN CONTRATO EN EFECTO CUANDO TRABAJABA AHÍ? SI ASI ES, PROPORCIONE UNA COPIA DEL CONTRATO O POLÍTICA POR ESCRITO.				
¿GENERA EL NEGOCIO MÁS DE \$ 500,000 / AÑO O TRANSPORTA MERCANCÍAS FUERA DE MICHIGAN?				
¿ESTABA SU EMPLEO CUBIERTO POR UN CONTRATO SINDICAL? SI ES ASÍ, ENVÍE UNA COPIA DEL CONTRATO.				

Certificación: Certifico que a mi mejor saber y entender esta es una declaración exacta de los salarios y/o beneficios complementarios que se me deben. Informaré al departamento si se produce cualquiera de las siguientes situaciones: cambio de nombre, dirección y/o número de teléfono por parte mía y/o empleador, o un pago directo y/o liquidación de la reclamación.

Firma del reclamante:

Fecha: