



Rhode Island Department of Labor and Training  
**LABOR STANDARDS UNIT – BLDG. 70/2**  
 1511 Pontiac Avenue. P.O. Box 20390  
 Cranston, RI 02920-0944

**OFFICIAL USE ONLY:**

Case Number: \_\_\_\_\_  
 Date Received: \_\_\_\_\_  
 Dated Closed: \_\_\_\_\_  
 Examiner: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE QUEJA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO SALARIAL**

Llene ambos lados de éste formulario, firmelo y envíelo a la dirección que aparece arriba o envíelo por correo electrónico a [DLT.LaborStandards@dlt.ri.gov](mailto:DLT.LaborStandards@dlt.ri.gov); **no enviar faxes**. Escribas en letra de molde y de acuerdo a su conocimiento. Incluya copia de documentos que podrian ser relevantes a su queja. Por favor notifique a ésta oficina por correo, inmediatamente, si usted cambia de direccion, numero de teléfono o si le pagaron.

**INFORMACION DEL EMPLEADO:**

1. Su Nombre Completo: \_\_\_\_\_
2. Últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_
3. Su Dirección (Número y Calle): \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_
4. Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ 5. Número de Celular: \_\_\_\_\_
6. Dirección electrónica \_\_\_\_\_
7. Su Titulo/Ocupación o tipo de trabajo que realizo: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE TRABAJO:** (su queja no será aceptada a menos que se llene ésta sección)

8. Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ 9. Teléfono: \_\_\_\_\_
10. Dirección de la empresa (No buzón de Correo): \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_
11. Otro nombre(s) de la compañía que podría estar usando el empleador: \_\_\_\_\_
12. Nombre de la persona a cargo de la compañía: \_\_\_\_\_
13. Titulo: \_\_\_\_\_
14. Trabajó usted en la dirección de la compañía mencionada en la casilla #10?  Sí  No  
 Si no, por favor proporcione la ubicación donde se hizo el trabajo: \_\_\_\_\_
15. Horas por semana: \_\_\_\_\_ 16. Pago por hora: \_\_\_\_\_
17. Tipo de salario:  Por hora  Salario  Comisión  Otro, por favor explique: \_\_\_\_\_
18. Fecha que lo emplearon: \_\_\_\_\_ 19. Fecha de separación: \_\_\_\_\_
20. Razón de la separación (despido, abandono): \_\_\_\_\_
21. Esta usted representado por un abogado?  Sí  No  
 Si contesto si, por favor provea el nombre de su abogado: \_\_\_\_\_

22. Por favor indique la razón(es) por la cual usted hace éste reclamo:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salario(s) final no fué recibido                                | <input type="checkbox"/> Comisión no recibida / incorrecta | <input type="checkbox"/> Pago por enfermedad/<br>Permiso por abuso doméstico |
| <input type="checkbox"/> Pago de vacaciones por concepto de despido*                     | <input type="checkbox"/> Salario mínimo                    | <input type="checkbox"/> Pago de horas extras                                |
| <input type="checkbox"/> No contra-cheque  | <input type="checkbox"/> Deducciones Ilegales              | <input type="checkbox"/> Turno de trabajo mínimo                             |
| <input type="checkbox"/> Clasificado no apropiadamente como<br>Contratista Independiente | <input type="checkbox"/> Cheque sin fondo                  | <input type="checkbox"/> Pago por Domingo y<br>días feriados                 |

\* Si seleccionó Vacaciones, por favor provea una copia de la poliza sobre vacaciones.

23. Le pregunto usted a su empleador por el dinero que cree usted se le debe?  Sí  No

Si contestó si, a quién le pidió usted el dinero? Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Si contestó no, ¿por favor, explique la razón(es). Por favor sea específico.

24. Ha firmado usted un contrato de trabajo o un acuerdo como contratista independiente?  Sí  No

Si contesto si, provea una copia del contrato junto con éste formulario.

25. Mencione las fechas y horas de las cuales usted cree que se la debe salario y la cantidad que usted a reclamando.

Adjunte, proveer informacion adicionales en hojas adicionales si es necesario y proporcionar toda la documentación pertinente a su reclamo.

Cantidad Total de Reclamo: \$ \_\_\_\_\_

**Por éste medio certifico, de acuerdo a mis conocimientos y creencia, que ésta es una declaración verdadera de los factores relacionados con mi queja. Igualmente por éste medio autorizo al Director del Department de Labor y Entrenamiento, a recuperar la deuda salarial y penalidades acumuladas por concepto a la falta de pagos y otros asuntos relacionados.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Printiar Su Nombre: \_\_\_\_\_

Niño(as) menores requieren la firma del Padre o Madre: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Ésta División tiene jurisdicción sobre salarios cuestionados únicamente. No podemos asistirlo en obtener pagos por tiempo no trabajado, gastos, asuntos de impuestos, plan de pensión o desempleo.**

The Department of Labor and Training asegura Igualdad y Oportunidad de empleo y proveen servicios de empleo y entrenamiento. Si lo requiere, diferentes servicios (ayudantes auxiliares) están disponible para personas con incapacidades. TTY via RI Relay: 711