



# Formulario de Reclamo de Sueldo

Este formulario se usa para reclamos bajo la Ley de Pago y Cobro de Sueldo de Pensilvania (The Pennsylvania Wage Payment and Collection Law). Las personas que envían este formulario deben llenar todas las secciones, incluyendo las de la parte de atrás, que son aplicables a las leyes específicas o las leyes en las cuales se hace el reclamo.

**ENVÍELA A:**

**Bureau of Labor Law Compliance**  
651 Boas St., Room 1301  
Harrisburg, PA 17121-0750  
Teléfono: 717.705.5969 ó  
1.800.932.0665  
FAX: 717.787.0517

**ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA:**

Nombre de la persona que presenta el reclamo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de teléfono donde puede ser localizado entre las 8:30 a.m. y 5:00 p.m. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_  
(INCLUYEDNO EL CÓDIGO DE ÁREA)

Dirección de Correo electrónico \_\_\_\_\_

Número de fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo realizado \_\_\_\_\_

Dirección del empleo \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Nombre de la Compañía, si la hay \_\_\_\_\_ Número de teléfono(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_

Persona de contacto (En contra de la que se presenta el Reclamo de Sueldo) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Fecha de contratación \_\_\_\_\_ ¿Todavía es empleado del empleador nombrado?  SÍ  NO

Si ya NO, proporcione la ultima fecha de trabajo \_\_\_\_\_ Su terminación fue:  Voluntaria  Involuntaria

1. ¿Existía un contrato escrito de empleo entre usted y el empleador nombrado?  SÍ  NO  
Si existía, por favor ajuste la copia.

2. ¿Cómo era su día de pago regular? (marque una)  Semanal  Quincenal  Mensual  Otro \_\_\_\_\_

3. ¿Se la pagó su sueldo de una manera diferente a un cheque?  SÍ  NO  Otra (efectivo) \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál era la última tasa de pago acordada entre usted y el empleador nombrado?

Por hora \$ \_\_\_\_\_ Semanalmente \$ \_\_\_\_\_ Otra, explique por favor \_\_\_\_\_

¿Cuál es el TOTAL de los ingresos que reclama? \$ \_\_\_\_\_

**CONTESTE PÁGINA 2**

**LOS INGRESOS DEL REVERSO ESTÁN CALCULADOS DE LA SIGUIENTE MANERA:**

FECHA DEL FIN DE SEMANA	NUMERO DE HORAS TRABAJADAS ESTA SEMANA	TASA DE PAGO POR HORA, DÍA SEMANA U OTRO	TOTAL BRUTO DE LOS INGRESOS GANADOS ESTA SEMANA	ESPECIFIQUE SI ES PAGO DE VACACIONES, AUSENCIA POR ENFERMEDAD O COMISIÓN

**Nota: El no proporcionar la información detallada en el espacio de arriba puede impedir procesar este reclamo a su favor.**

5. Indique la razón por la cual se niega a pagar el empleador \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. ¿Se han hecho deducciones sin su consentimiento escrito?  SÍ  NO

Si las hicieron, explique por favor \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. ¿Le debe dinero al empleador nombrado por alguna razón  SÍ  NO Si le debe, ¿cuánto: \$ \_\_\_\_\_

8. ¿Está cubierto por un Contrato Colectivo de Trabajo?  SÍ  NO

Si es así, anote el nombre y dirección del sindicato \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Puede usar papel adicional para resumir la información relacionada y cálculos de salario.

**Una vez que recibimos su formulario de Reclamo de Salario, la registraremos y la asignaremos a un Investigador Laboral y se le enviará una carta de confirmación.**

**NOTA: Por la presente certifico a mi lead saber y entender, que ésta es una declaración verídica que se relaciona al reclamo de pagos anteriores que no se me han pagado.**

**Por la presente asigno los sueldos indicados y todos sueldos de penalización acumulados a causa del incumplimiento, así como todos de los derechos que aseguran los sueldos indicados a la Secretaria de Trabajo e Industria del Estado de Pensilvania, y a cualquier Delegado o Representante autorizado para actuar a nombre de la Secretaría, para recaudar bajo las disposiciones de la Sección 9.1(e) de la Ley del Pago y Cabro de Sueldo de Pensilvania (The Pennsylvania Wage Payment and Collection Law).**

Firma del reclamante: \_\_\_\_\_ Fecha del Reclamo: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardián si el reclamante es menor de 18 años de edad \_\_\_\_\_

El Departamento lo contactará para mas información. Por favor notifique a la oficina marcada en la otra cara de este formulario en caso que se le pague antes que lo contacte el Departamento.

*Ofrecemos asistencia y servicios adicionales a las personas discapacitadas que así lo soliciten.  
 Empleador/Programa de Igualdad de Oportunidad*