

Complaint #: _____
Assigned To: _____
Date Assigned: _____



ID #: _____ / _____
Official Use Only

D.C. OFFICE OF WAGE-HOUR ACCRUED SICK AND SAFE LEAVE WAGE CLAIM

PRELIMINARY QUESTIONS / PREGUNTAS PRELIMINARIAS

DO YOU NEED TRANSLATIONS THROUGHOUT YOUR INVESTIGATION?

¿NECESITA TRADUCCIONES A LO LARGO DE SU INVESTIGACIÓN?

YES/SÍ ☐ No ☐

WHAT IS YOUR PRIMARY LANGUAGE? _____

¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL? _____

WERE YOU HIRED TO WORK AS A SUBCONTRACTOR OR WERE YOU SELF-EMPLOYED?/

¿SE CONTRATÓ PARA TRABAJAR CÓMO UN SUBCONTRATISTA O TRABAJA POR SU PROPIA CUENTA? YES/SÍ ☐ No ☐

DO YOU CURRENTLY HAVE A COURT CASE FOR THESE UNPAID WAGES?/

¿TIENE USTED PENDIENTE CASO EN LA CORTE POR SUELDOS NO PAGADOS?

YES/SÍ ☐ No ☐

STREET ADDRESS WHERE THE WORK WAS PERFORMED/ DIRECCIÓN DE LA CALLE DONDE EL TRABAJO SE REALIZÓ:

STREET/CALLE: _____

CITY/CUIDAD: _____ **STATE/ESTADO:** _____ **ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL:** _____

SECTION 1 PERSONAL INFORMATION/SECCIÓN 1 INFORMACIÓN PERSONAL

FULL NAME/SU NOMBRE COMPLETO: _____

LAST 4 DIGITS OF SOCIAL SECURITY NUMBER/ÚLTIMO CUATRO NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: _____

STREET ADDRESS/DIRECCIÓN DE DOMICILIO: _____

CITY/CUIDAD: _____ **STATE/ESTADO:** _____ **ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL:** _____

DAYTIME PHONE NUMBER(S)/SU NÚMERO DE TELÉFONO: _____

EMAIL ADDRESS/SU CORREO ELECTRÓNICO: _____

SECTION 2 BUSINESS INFORMATION/SECCIÓN 2 INFORMACIÓN DEL NEGOCIO

BUSINESS NAME/NOMBRE DEL NEGOCIO: _____

OWNER'S FULL NAME/NOMBRE DEL DUEÑO: _____

OWNER'S/BUSINESS PHONE #/NÚMERO DE TELÉFONO DEL NEGOCIO: _____

BUSINESS STREET ADDRESS/ DIRECCIÓN DEL NEGOCIO: _____

CITY/CIUDAD: _____ **STATE/ESTADO:** _____ **ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL:** _____

TYPE OF BUSINESS/TIPO DE NEGOCIO: _____

EMPLOYER'S EMAIL ADDRESS/CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR: _____

IS THE BUSINESS CLOSED OR IN BANKRUPTCY?/¿ESTÁ CERRADO EL NEGOCIO EN BANCARROTA? YES/SÍ ☐ No ☐

SECTION 3 EMPLOYMENT INFORMATION/SECCIÓN 3 INFORMACIÓN DE EMPLEO

(CHECK ONLY THE OPTION THAT APPLIES TO YOUR CURRENT EMPLOYMENT STATUS WITH THIS COMPANY/
MARQUE SOLO LA OPCIÓN QUE APLICA A SU SITUACIÓN ACTUAL DE EMPLEO CON ESTA COMPAÑÍA)

CURRENT RATE OF PAY/ TASA ACTUAL DE PAGO: \$ _____

PER HOUR?/¿POR HORA? **YES/SÍ** ☐ **NO** ☐

PER DAY?/¿POR DÍA? **YES/SÍ** ☐ **NO** ☐

PER WEEK?/¿POR SEMANA? **YES/SÍ** ☐ **NO** ☐

DATE HIRED/FECHA CONTRATADO: _____ - _____ - _____

EMPLOYMENT STATUS/ ESTADO DE EMPLEO:

QUIT (RESIGNATION)/ RENunció **YES/SÍ** ☐ **NO** ☐

IF YES, WHY?/¿SI ES SÍ, PORQUE? _____

QUIT DATE/FECHA DE RENunció: _____ - _____ - _____

TERMINATED/ DESPIDIDO **YES/SÍ** ☐ **NO** ☐

TERMINATION DATE/FECHA EN QUE FUE DESPIDIDO: _____ - _____ - _____

IF YES, WHY?/¿SI ES SÍ, PORQUE? _____

STILL EMPLOYED/ USTED EMPLEADO(A) **YES/SÍ** ☐ **NO** ☐

LAST DAY WORKED/EL ÚLTIMO DÍA QUE TRABAJO: _____

WHAT TYPE OF WORK DID YOU DO FOR THIS COMPANY?/¿QUE TIPO DE TRABAJO HIZO USTED PARA ESTÁ COMPAÑÍA?

WHAT IS YOUR WORK SCHEDULE?/¿CUÁL ES SU HORARIO DE TRABAJO? _____
(I.E., MON, WED, FRI 10:00AM – 4:30PM, TUE & SAT 9:30AM-8:00PM WITH ½ HR LUNCH BREAK – INCLUDE ANY BREAKS/ LUNES, MIÉRCOLES, VIERNES 10:00AM – 4:30PM, MARTES & SÁBADO 9:30AM-8:00PM CON ½ HR ALMUERZO – INCLUYE TIEMPOS DE DESCANSO)

	Sunday/ domingo	Monday/ lunes	Tuesday/ martes	Wednesday/ miercoles	Thursday/ jueves	Friday/ viernes	Saturday/ sabado
Time In/ Hora de Entrada							
Time Out/ Hora de Salida							

DO YOU EVER WORK A DIFFERENT SCHEDULE THAN THE ONE LISTED ABOVE?/

¿TRABAJA EN UN HORARIO DIFERENTE AL QUE MENCIONADO ANTERIORMENTE? **YES/SÍ** ☐ **NO** ☐

IF YES, LIST THE ALTERNATIVE WORK SCHEDULE/ SI ES SÍ, INDIQUE EL HORARIO DE TRABAJO ALTERNATIVO

SECTION 4 THE DATES UNPAID LEAVE /SECCIÓN 4 LAS FECHAS SIN SUELDO**LIST THE DATES UNPAID LEAVE WAS REQUESTED AND DENIED-UNPAID/HOURS/RATE OF PAY/AMOUNT CLAIMED:**

HAGA UNA LISTA DE LAS FECHAS FUE SOLICITADO Y NEGADO – SIN PAGAR SIN SUELDO/ HORAS/ TASA DE PAGO/ CANTIDAD DE RECLAMO

DATES UNPAID LEAVE TAKEN FECHAS SIN SUELDO	NUMBER OF HOURS NUMERO DE HORAS	RATE OF PAY TASA DE PAGO	AMOUNT CLAIMED CANTIDAD DE RECLAMO
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

TOTAL AMOUNT CLAIMED/CANTIDAD TOTAL DE RECLAMO \$ _____**SECTION 5 RECORDS AND POLICY INFORMATION/SECCIÓN 5 INFORMACIÓN DEL REGISTROS Y POLÍTICA****DOES YOUR EMPLOYER KEEP A RECORD OF THE HOURS WORKED?/**

¿MANTIENE SU EMPLEADOR UN REGISTRO DE HORAS QUE TRABAJÓ?

YES/SÍ ☐ NO ☐**IF YES, WHAT KIND OF RECORD?/ ¿SI ES SÍ, QUÉ TIPO DE REGISTRO ERA?**☐ TIME CARD ☐ TIME SHEET ☐ OTHER _____**HOW DID YOU NOTIFY YOUR EMPLOYER THAT YOU WANTED TO BE PAID SICK LEAVE?/**

¿CÓMO NOTIFICÓ A SU EMPLEADOR QUE USTED QUERÍA QUE LE PAGARAN DÍAS DE ENFERMEDAD?

IF DENIED, WHAT REASON DID YOUR EMPLOYER PROVIDE?/

¿SI SE LE NEGÓ, QUÉ RAZÓN PROPORCIONÓ SU EMPLEADOR? _____

DO YOU HAVE A COPY OF THIS LEAVE SLIP?/

¿USTED TIENE UNA COPIA DE SU FORMULARIO DE PETICIÓN DE DÍA DE ENFERMEDAD?

YES/SÍ ☐ NO ☐**DOES YOUR EMPLOYER HAVE A SICK LEAVE POLICY?**

¿TIENE EL EMPLEADOR DEL DEMANDANTE UNA POLÍTICA DE PAGO POR TIEMPO LIBRE?

YES/SÍ ☐ NO ☐**IF SO CAN YOU PROVIDE A COPY OF THE POLICY?/**

¿SI ES SÍ, PUEDE USTED PROVEER UNA COPIA DE DICHA POLÍTICA?

YES/SÍ ☐ NO ☐**HAVE YOU USED ANY SICK LEAVE SINCE BEING EMPLOYED WITH THIS EMPLOYER?/**

¿HAS USADO TIEMPO DE ENFERMEDAD DESDE QUE FUE EMPLEADO CON ESTE EMPLEADOR?

YES/SÍ ☐ NO ☐**IF YES, LIST THE DATES YOU USED SICK LEAVE: _____**

¿SI ES SÍ, PUEDE USTED PROVEER UNA COPIA DE DICHA POLÍTICA?

HAVE YOU USED ANY VACATION LEAVE SINCE BEING EMPLOYED WITH THIS EMPLOYER?/

¿HAS UTILIZADO ALGUN DIA DE VACACIÓN DESDE QUE SE EMPLEÓ CON ESTE EMPLEADOR ?

YES/SÍ ☐ NO ☐**IF YES, LIST THE DATES YOU TOOK VACATION/ SI ES SÍ, LISTE LAS FECHAS QUE TOMÓ VACACIONES: _____**

SECTION 6 VERIFICATION SHEET/ SECCIÓN 6 HOJA DE VERIFICACIÓN

BE ADVISED THAT YOUR CLAIM WILL NOT BE PROCESSED IF ANY OF THE ABOVE REQUIRED SECTIONS ARE INCOMPLETE OR IF YOUR CLAIM IS NOT ACCOMPANIED BY THE NOTARIZED ASSIGNMENT FORM. THE OFFICE OF WAGE-HOUR WILL INVESTIGATE THE MERITS OF YOUR CLAIM.

LE INFORMAMOS QUE SUS RECLAMO NO SERÁ PROCESADO SI CUALQUIERA DE LAS SECCIONES NECESARIAS ESTAN INCOMPLETAS O SI EL FORMULARIO DE RECLAMO NO ES NOTARIZADO. DICHA OFICINA INVESTIGARA LOS MÉRITOS DE SU DEMANDA.

UNDER PENALTY OF PERJURY, I SWEAR THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS COMPLAINT FORM IS TRUE AND ACCURATE. I AUTHORIZE THE OFFICE OF WAGE-HOUR TO RELEASE ANY AND ALL INFORMATION CONTAINED IN MY COMPLAINT FILE TO MY EMPLOYER, TO INVESTIGATE MY CLAIM, AND TAKE ANY ACTION DEEMED NECESSARY TO RESOLVE THE CLAIM.

BAJO PENA DE PERJURIO, AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE DADO EN ESTE FORMULARIO DE RECLAMO ES VERDADERA Y PRECISA. AUTORIZÓ A OFICINA DE IMPLEMENTACION DE LEYES LABORALES PARA REVELAR TODA LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL ARCHIVO DEL RECLAMO AL EMPLEADOR, PARA INVESTIGAR EL RECLAMO MÍO Y TOMAR LAS MEDIDAS QUE SE CONSIDEREN NECESARIAS PAR A RESOLVER EL RECLAMO.

SIGNATURE/SU FIRMA: _____ **DATE/FECHA:** _____
SIGNATURE REQUIRED
(FIRMA NECESARIO)

UNDER PENALTY OF PERJURY, I HEREBY CERTIFY THAT THE CLAIMANT NAMED ABOVE, WHO REQUIRES ASSISTANCE DUE TO DISABILITY OR INABILITY TO READ OR WRITE, AUTHORIZED ME TO COMPLETE THIS CLAIM FORM FOR HIM/HER. IF THE CLAIMANT WAS UNABLE TO SIGN THIS APPLICATION, I HAVE PRINTED MY NAME ON THE SIGNATORY LINE.

BAJO PENA DE PERJURIO, YO CERTIFICO QUE EL RECLAMANTE NOMBRADO ARRIBA REQUIRIÓ ASISTENCIA A CAUSA DE INCAPACIDAD O INCAPACIDAD A LEER O ESCRIBIR, ME AUTORIZÓ A COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMO PARA ÉL/ELLA. SI EL RECLAMANTE NO PUEDE FIRMAR EL FORMULARIO, YO HE IMPRIMIDO ME NOMBRE COMPLETO DEL RECLAMANTE EN LA LÍNEA ASIGNADA.

SIGNATURE OF ASSISTANT
(FIRMA DEL ASISTENTE)

PRINT FULL NAME/IMPRIMA SU NOMBRE COMPLETO

DATE/FECHA: _____

MAIL THIS FORM ALONG WITH THE NOTARIZED ASSIGNMENT TO (ORIGINALS ONLY)
ENVIE ESTE FORMULARIO POR CORREO, JUNTO CON LA SOLICITUD ASIGNADA NOTARIZADA (SOLO ORIGINALES):

D.C. DEPARTMENT OF EMPLOYMENT SERVICES
OFFICE OF WAGE-HOUR
4058 MINNESOTA AVENUE, NE, SUITE 3600 | WASHINGTON, D.C. 20019 | PHONE: (202) 671-1880 | FAX: (202) 673-6411