

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



ID #:_____/_____
Official Use Only

D.C. OFFICE OF WAGE-HOUR – RETALIATION CLAIM FORM

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 COMO 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?

WERE YOU HIRED AS AN INDEPENDENT CONTRACTOR?/

¿SE CONTRATÓ PARA TRABAJAR CÓMO UN CONTRATISTA INDEPENDIENTE? **YES/SÍ** ☐ **NO** ☐

FULL NAME OF YOUR SUPERVISOR/NOMBRE COMPLETO DE SU SUPERVISOR: _____

WHAT DAY IS PAYDAY?/¿EL DÍA DE PAGO? (I.E. FRIDAY/VIERNES) _____

HOW OFTEN ARE YOU PAID ?/¿CUANTAS VECES? (CHECK ONE/MARQUE UNO):

☐ **HOURLY/CADA HORA**

☐ **DAILY/DIARIO**

☐ **WEEKLY/SEMANAL**

☐ **BI-WEEKLY/ BI-SEMANAL**

☐ **SEMI-MONTHLY/ SEMI-MENSUAL**

☐ **MONTHLY / MENSUAL**

WHEN DOES PAY PERIOD END?/ ¿FECHA FINAL DE PAGO? _____

ARE YOU PAID BY/ PAGAN EN:

☐ **CHECK/CHEQUE**

☐ **CASH/ EFECTIVO**

☐ **DIRECT DEPOSIT/DEPOSITO DIRECTO**

☐ **PAY CARD/TARJETA DE PAGO**

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)

DOES YOUR EMPLOYER KEEP A RECORD OF THE HOURS WORKED?/

¿MANTIENE SU EMPLEADOR UN REGISTRO DE HORAS QUE TRABAJO? **YES/SÍ** ☐ **NO** ☐

IF YES, WHAT KIND OF RECORD?/ ¿SI ES SÍ, QUÉ TIPO DE REGISTRO ERA? ☐ **TIME CARD** ☐ **TIME SHEET** ☐ **OTHER** _____

DOES YOUR COMPANY HAVE A PAID TIME OFF POLICY (PTO)?

YES/SÍ ☐ **NO** ☐

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

IF SO, HOW MANY PTO DAYS _____

SI ES SI, CUANTOS DÍAS _____

SECTION 4 TYPE OF CLAIM ARE YOU FILING / SECCIÓN 4 TIPO DE RECLAMACIÓN ESTÁ PRESENTANDO

INSTRUCTIONS: GIVE A WRITTEN STATEMENT TO EACH QUESTION. AN INCOMPLETE FORM WILL RESULT IN DELAYS. **WHILE IT IS IMPORTANT TO KNOW THE NAMES OF MANAGEMENT INVOLVED, DO NOT INCLUDE THE NAMES OF ANY OF YOUR WITNESSES ON THIS PAGE.** INSTRUCCIONES: PRESENTE UNA DECLARACIÓN ESCRITA A CADA PREGUNTA. UN FORMULARIO INCOMPLETO ATRASARA EL PROCESO DE SU DEMANDA. SI BIEN ES IMPORTANTE SABER LOS NOMBRES DE LOS GERENTES GENERALES, NO INCLUYA LOS NOMBRES INCLUYA LOS NOMBRES DE CUALQUIERA DE LOS TESTIGOS EN ESTA PÁGINA.

WHAT CHANGES HAVE OCCURRED AT WORK THAT CAUSED YOU TO MAKE THIS COMPLAINT? / ¿QUÉ CAMBIOS HAN OCURRIDO EN EL TRABAJO QUE LE HA LLEVADO A HACER ESTA DENUNCIA?

☐ **TERMINATION** / TERMINACIÓN ☐ **SUSPENSION** / SUSPENSIÓN ☐ **DEMOTION** / DESTITUCIÓN

☐ **CHANGE IN HOURS** / CAMBIO DE HORARIO ☐ **CHANGE IN PAY** / CAMBIO EN EL SALARIO

☐ **DISCIPLINARY ACTION** / MEDIDAS DISCIPLINARIAS ☐ **WRITTEN WARNING** / ADVERTENCIA POR ESCRITO

☐ **THREAT** / AMENAZA ☐ **TRANSFER** / TRANSFERENCIA ☐ **FORCED TO RESIGN** / OBLIGADO A RENUNCIAR

☐ **OTHER** / OTRO: _____

DATE OF CHANGE IN EMPLOYMENT: ____ / ____ / ____ **FECHA DEL CAMBIO EN EL EMPLEO:** ____ / ____ / ____

NAME(S) OF PERSON(S) CARRYING OUT CHANGE: / NOMBRE(S) DE PERSONA(S) QUE REALIZARON EL CAMBIO:

TITLE: / TÍTULO: _____

TITLE: / TÍTULO: _____

TITLE: / TÍTULO: _____

PLEASE DESCRIBE WHAT HAPPENED? / ¿POR FAVOR DESCRIBA QUE FUE LO QUE PASO?

WHAT REASON DID THE EMPLOYER GIVE FOR YOUR TERMINATION, SUSPENSION, DEMOTION, CHANGE IN HOURS, CHANGE IN PAY AND/OR OTHER? / QUÉ RAZÓN DIO SU EMPLEADOR DAR PARA SU TERMINACIÓN, SUSPENSIÓN, DESTITUCION, CAMBIO DE HORARIO, CAMBIO DE SALARIO Y/U OTROS?

SECTION 5 WITNESSES / SECCIÓN 5 TESTIGOS

ALL WITNESSES ARE CONFIDENTIAL, AND THE COMPLIANCE SPECIALIST WILL NOT REVEAL THEIR IDENTITIES UNLESS IT BECOMES NECESSARY TO PROCEED WITH THE INVESTIGATION OR TO ENFORCE THE OFFICE OF LABOR LAW AND ENFORCEMENT DETERMINATION. PLEASE LIST ANY WITNESSES TO THE EVENTS DESCRIBED IN QUESTIONS. TODOS LOS TESTIGOS SON CONFIDENCIALES, Y ESTA OFICINA NO REVELAR SU IDENTIDAD A MENOS QUE SEA NECESARIO PARA CONTINUAR CON LA INVESTIGACIÓN O PARA PODER LLEGAR A UNA DETERMINACIÓN POR ESTA OFICINA. POR FAVOR, A CONTINUACIÓN LISTE LOS TESTIGOS DE LOS ACONTECIMIENTOS.

NAME/NOMBRE: _____ **TITLE /TITULO:** _____

ADDRESS /DIRECCIÓN: _____

PHONE NUMBER /NUMERO DE TELÉFONO: _____

EMAIL ADDRESS / CORREO ELECTRÓNICO: _____

DESCRIBE WHAT THEY SAW OR HEARD IN CONNECTION TO YOUR COMPLAINT / DESCRIBIR LO QUE VIERON O ESCUCHARON EN RELACIÓN A SU DEMANDA:

NAME/NOMBRE: _____ **TITLE /TITULO:** _____

ADDRESS /DIRECCIÓN: _____

PHONE NUMBER /NUMERO DE TELÉFONO: _____

EMAIL ADDRESS / CORREO ELECTRÓNICO: _____

DESCRIBE WHAT THEY SAW OR HEARD IN CONNECTION TO YOUR COMPLAINT / DESCRIBIR LO QUE VIERON O ESCUCHARON EN RELACIÓN A SU DEMANDA:

NAME/NOMBRE: _____ **TITLE /TITULO:** _____

ADDRESS /DIRECCIÓN: _____

PHONE NUMBER /NUMERO DE TELÉFONO: _____

EMAIL ADDRESS / CORREO ELECTRÓNICO: _____

DESCRIBE WHAT THEY SAW OR HEARD IN CONNECTION TO YOUR COMPLAINT / DESCRIBIR LO QUE VIERON O ESCUCHARON EN RELACIÓN A SU DEMANDA:

NAME/NOMBRE: _____ **TITLE /TITULO:** _____

ADDRESS /DIRECCIÓN: _____

PHONE NUMBER /NUMERO DE TELÉFONO: _____

EMAIL ADDRESS / CORREO ELECTRÓNICO: _____

DESCRIBE WHAT THEY SAW OR HEARD IN CONNECTION TO YOUR COMPLAINT / DESCRIBIR LO QUE VIERON O ESCUCHARON EN RELACIÓN A SU DEMANDA:

NAME/NOMBRE: _____ **TITLE /TITULO:** _____

ADDRESS /DIRECCIÓN: _____

PHONE NUMBER /NUMERO DE TELÉFONO: _____

EMAIL ADDRESS / CORREO ELECTRÓNICO: _____

DESCRIBE WHAT THEY SAW OR HEARD IN CONNECTION TO YOUR COMPLAINT / DESCRIBIR LO QUE VIERON O ESCUCHARON EN RELACIÓN A SU DEMANDA:

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 LABOR LAW AND ENFORCEMENT 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 LABOR LAW AND ENFORCEMENT 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 LA 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 REQUERIDA

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 _____ DATE/FECHA: _____
PRINT FULL NAME/IMPRIMA SU NOMBRE COMPLETO

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