

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



ID #: ____ / ____
Official Use Only

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

Oficina de Salarios y Horas de Trabajo de D.C.: Formulario de Reclamación de Licencia por Enfermedad y Seguridad Acumulada

PRELIMINARY QUESTIONS / PREGUNTAS PRELIMINARIAS

DO YOU NEED INTERPRETATION/TRANSLATION SERVICES THROUGHOUT YOUR INVESTIGATION?

¿NECESITA SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN Y/O TRADUCCIÓN 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?/

¿FUE CONTRATADO PARA TRABAJAR CÓMO UN SUBCONTRATISTA O TRABAJO POR SU PROPIA CUENTA? **YES/SÍ** **NO**

WERE YOU MISCLASSIFIED AS AN INDEPENDENT CONTRACTOR?/

¿FUE ERRÓNEAMENTE CLASIFICADO COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE? **YES/SÍ** **NO**

OCCUPATION OF EMPLOYEE/ OCUPACIÓN DEL EMPLEADO: _____

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 SU 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 DUEÑO /NEGOCIO: _____

BUSINESS STREET ADDRESS/ DIRECCIÓN DEL NEGOCIO: _____

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

TYPE OF BUSINESS/TIPO DE NEGOCIO: _____

HOW MANY EMPLOYEES ?/ ¿CUÁNTOS EMPLEADOS TIENE EL NEGOCIO? (CHECK ONE/MARQUE UNO):

LESS THAN 25/MENOS DE 25

25 TO 99/25 A 99

100 OR MORE/100 O MÁS

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 ESTADO 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 DE CONTRATACIÓN: _____ - _____ - _____

EMPLOYMENT STATUS/ ESTADO DE EMPLEO:

QUIT (RESIGNATION)/ RENUNCIÓ **YES/SÍ** **NO**

IF YES, WHY?/¿ SI ES SÍ, PORQUE? _____

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

TERMINATED/ FUE DESPEDIDO **YES/SÍ** **NO**

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

IF YES, WHY?/¿SI ES SÍ, PORQUE? _____

STILL EMPLOYED/ TODAVÍA ESTA 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 – INCLUYA 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?/

¿ EN ALGUNA VEZ TRABAJA EN UN HORARIO DIFERENTE AL QUE MENCIONO 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 THAT LEAVE WAS REQUESTED AND DENIED OR UNPAID: HOURS/RATE OF PAY/AMOUNT CLAIMED:

HAGA UNA LISTA DE LAS FECHAS EN QUE SOLICITO PERMISO Y FUE NEGADO O NO FUE PAGADO: 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 DE REGISTROS Y POLÍTICA

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

¿MANTIENE SU EMPLEADOR UN REGISTRO DE HORAS TRABAJADAS?

YES/SI No

IF YES, WHAT KIND OF RECORD?/ ¿SI ES SÍ, QUÉ TIPO DE REGISTRO?

TIME CARD/ TARJETA DE TIEMPO TIME SHEET/ HOJA DE TIEMPO OTHER/ OTRO: _____

HOW DID YOU NOTIFY YOUR EMPLOYER THAT YOU WANTED TO BE PAID SICK LEAVE?/

¿CÓMO LE 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?/

¿USTED 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, LISTE LAS FECHAS QUE USTED UTILIZÓ DÍAS DE ENFERMEDAD:

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

¿HA UTILIZADO ALGÚN DÍA DE VACACIÓN DESDE QUE FUE EMPLEADO CON ESTE EMPLEADOR?

YES/SÍ No

SECTION 6 VERIFICATION SHEET/ SECCIÓN 6 HOJA DE VERIFICACIÓN

YOUR CLAIM WILL BE REVIEWED FOR ADMINISTRATIVE ACTION ACCORDING DC CODE 32-1308.01. ADDITIONAL INFORMATION MAY BE REQUESTED.

SU RECLAMACIÓN SERÁ REVISADA POR ACCIÓN ADMINISTRATIVA DE ACUERDO CON EL CÓDIGO DE DC § 32-1308.01. INFORMACIÓN ADICIONAL PUEDE SER REQUERIDA.

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, JURO O AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE DADO EN ESTE FORMULARIO DE RECLAMO ES VERDADERA Y PRECISA. AUTORIZÓ A LA OFICINA DE SALARIOS Y HORAS DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE EMPLEO (DOES, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEL DISTRITO DE COLUMBIA PARA DIVULGAR CUALQUIER Y/O TODA LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI ARCHIVO DE RECLAMO A MI EMPLEADOR, PARA INVESTIGAR MI RECLAMO Y TOMAR LAS MEDIDAS QUE SE CONSIDEREN NECESARIAS PARA 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 INHABILIDAD DE LEER O ESCRIBIR, ME AUTORIZÓ A COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMO PARA ÉL/ELLA. SI EL RECLAMANTE NO PUEDE FIRMAR ESTA SOLICITUD, YO HE IMPRIMIDO MI NOMBRE EN LA LÍNEA ASIGNADA.

SIGNATURE OF ASSISTANT
(FIRMA DEL ASISTENTE)

PRINT FULL NAME/IMPRIMA SU NOMBRE COMPLETO

DATE/FECHA: _____

**MAIL THIS FORM ALONG WITH SUPPORTING DOCUMENTATION TO (COPIES ONLY):
ENVÍE ESTE FORMULARIO JUNTO CON LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO POR CORREO REGULAR A (SOLO COPIAS):**

**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**