

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

ID #: ____/____
Official Use Only



D.C. OFFICE OF WAGE-HOUR: LIVING WAGE CLAIM FORM
Oficina de Salarios y Horas de Trabajo de D.C.: Formulario de Reclamación de Salario Digno

PRELIMINARY QUESTIONS / PREGUNTAS PRELIMINARIAS

DO YOU NEED INTERPRETATION/TRANSLATIONS SERVICES THROUGHOUT YOUR INVESTIGATION? YES No
¿NECESITA SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN Y/O TRADUCCIÓN A LO LARGO DE SU INVESTIGACIÓN? SI 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

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 O EN BANCARROTA? YES/SÍ No

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

DO YOU HAVE ANY OUTSTANDING LOAN BALANCES DUE TO YOUR EMPLOYER? /

¿USTED TIENE ALGÚN TIPO DE PRÉSTAMO QUE LE DEBE A SU EMPLEADOR?

YES/SÍ NO

IF YES, HOW MUCH? / ¿SI ES SÍ, CUÁNTO? \$ _____

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

¿TIENE SU EMPLEADOR UNA POLÍTICA DE PAGO POR TIEMPO LIBRE?

YES/SÍ NO

IF SO, HOW MANY PTO DAYS _____

SI ES SI, CUANTOS DÍAS _____

(YOU MUST PROVIDE COPY(IES) OF PAY STUB(S) SHOWING THE DEDUCTION(S) /

USTED DEBE DE PROPORCIONAR COPIA(S) DE LOS TALONARIOS DE PAGO DEMOSTRANDO LA DEDUCCIÓN(S))

UNAUTHORIZED DEDUCTIONS / DEDUCCIONES NO AUTORIZADAS:

YES/SÍ NO

DO YOU HAVE ANY EQUIPMENT BELONGING TO THIS EMPLOYER? /

¿TIENE USTED ALGÚN TIPO DE EQUIPO QUE PERTENEZCA A SU EMPLEADOR?

YES/SÍ NO

WERE YOU AN OFFICER OF THE CORPORATION, OR A PARTNER IN THE BUSINESS? /

¿HA SIDO USTED UN FUNCIONARIO DE LA CORPORACIÓN O UN SOCIO EN EL NEGOCIO?

YES/SÍ NO

SECTION 5 RECORD OF WAGES OWED / SECCIÓN 5 REGISTRO DE SALARIOS ADEUDADOS

ARE YOU FILING FOR YOUR WAGES? / ¿USTED ESTÁ RECLAMANDO POR SU PAGO?

YES/SÍ NO

FOR WHAT TIME PERIOD WERE YOU NOT PAID WAGES? /

¿POR QUÉ PERÍODO DE TIEMPO NO LE PAGARON SU SALARIOS? _____ **To/A** _____
 (FROM/DESDE MM/DD/YY) (MM/DD/YY)

PLEASE LIST WAGES OWED BY DATE / POR FAVOR LISTE LOS SALARIOS DEBIDOS POR FECHA (CHECK ONE/MARQUE UNO):

DAILY/DIARIO **WEEK ENDING/FINAL DE SEMANA** **PAY PERIOD ENDING/FINAL DEL PERIODO DE PAGO** **PAYDAY/DIA DE PAGO**

DATE(S) FECHA(S)	RATE OF PAY TASA DE PAGO	HRS HORAS	AMOUNT CANTIDAD	DATE(S) FECHA(S)	RATE OF PAY TASA DE PAGO	HRS HORAS	AMOUNT CANTIDAD
/ / - / /	\$ *	= \$		/ / - / /	\$ *	= \$	
/ / - / /	\$ *	= \$		/ / - / /	\$ *	= \$	
/ / - / /	\$ *	= \$		/ / - / /	\$ *	= \$	
/ / - / /	\$ *	= \$		/ / - / /	\$ *	= \$	
/ / - / /	\$ *	= \$		/ / - / /	\$ *	= \$	
/ / - / /	\$ *	= \$		/ / - / /	\$ *	= \$	
/ / - / /	\$ *	= \$		/ / - / /	\$ *	= \$	
/ / - / /	\$ *	= \$		/ / - / /	\$ *	= \$	
/ / - / /	\$ *	= \$		/ / - / /	\$ *	= \$	
/ / - / /	\$ *	= \$		/ / - / /	\$ *	= \$	

ADDITIONAL NOTES / NOTAS ADICIONALES: _____

SECTION 6 RECORD OF ADDITIONAL WAGES OWED / SECCIÓN 6 REGISTRO DE SALARIOS ADICIONALES ADEUDADOS

DO YOU HAVE A BAD CHECK(S)? / ¿USTED TIENE UN CHEQUE(S) SIN FONDOS?: YES/SÍ No

CHECK #/NUMERO DEL CHEQUE: _____ DATE OF CHECK/FECHA DEL CHEQUE: _____

CHECK #/NUMERO DEL CHEQUE: _____ DATE OF CHECK/FECHA DEL CHEQUE: _____

CHECK #/NUMERO DEL CHEQUE: _____ DATE OF CHECK/FECHA DEL CHEQUE: _____

**(YOU MUST PROVIDE A COPY OF THE BAD CHECK TO THIS OFFICE/
USTED DEBE PROVEER UNA COPIA DEL CHEQUE SIN FONDO A ESTA OFICINA)**

ADDITIONAL NOTES/ NOTAS ADICIONALES: _____

IF YES, INDICATE TOTAL AMOUNT OF ALL BAD CHECKS /

SI ES SÍ, INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE TODO LOS CHEQUES SIN FONDO: \$ _____

ARE YOU OWED COMMISSIONS? / ¿LE DEBEN A USTED COMISIONES? YES/SÍ No

**(YOU MUST ATTACH A COPY OF EMPLOYER'S COMMISSION PLAN/
USTED DEBE DE ADJUNTAR UNA COPIA DEL PLAN DE COMISIÓN DEL EMPLEADOR)**

IF YES, INDICATE AMOUNT / SÍ ES SÍ, INDIQUE CUÁNTO: \$ _____

HAVE YOU RECEIVED ANY ADVANCES ON THE WAGES DUE? /

¿HA RECIBIDO USTED ALGÚN ADELANTO DE DINERO DEL CUAL RECLAMA? YES/SÍ No

IF YES, HOW MUCH? / ¿SÍ ES SÍ, CUÁNTO? \$ _____

DOES YOUR COMPANY OFFER VACATION PAY OR PAID TIME OFF (PTO)? /

¿OFRECE SU EMPLEADOR PAGO DE VACACIONES O PAGO POR TIEMPO LIBRE? YES/SÍ No

**(YOU MUST PROVIDE A COPY OF THE COMPANY'S VACATION POLICY/
USTED TIENE QUE PRESENTAR UNA COPIA DE LA POLITICA DE BENEFICIOS DE LA COMPAÑÍA)**

IF SO, HOW MANY / SÍ ES SÍ, CUÁNTO : HOURS/ HORAS _____ DAYS/ DÍAS _____ WEEKS/ SEMANA _____

AMOUNT OWED? / ¿QUÉ CANTIDAD LE DEBEN? \$ _____

TOTAL AMOUNT OF UNPAID WAGES YOU ARE CLAIMING /

TOTAL DE LOS SUELDOS NO PAGADOS QUE RECLAMA \$ _____

HAVE YOU DEMANDED YOUR UNPAID WAGES? /

¿HA EXIGIDO USTED EL PAGO DE SU SALARIO? YES/SÍ No

WHAT REASON DID THE EMPLOYER GIVE FOR NOT PAYING YOU? / ¿QUE RAZÓN LE DIO EL EMPLEADOR PARA NO PAGARLE?

SECTION 7 VERIFICATION SHEET / SECCIÓN 7 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 OR AFFIRM THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS COMPLAINT FORM IS TRUE AND ACCURATE. I AUTHORIZE THE DOES 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 RESOLVER EL RECLAMO.

SIGNATURE/SU FIRMA: _____ **DATE/FECHA:** _____
ORIGINAL SIGNATURE REQUIRED (ONLY ORIGINAL SIGNATURE ACCEPTED)/
FIRMA ORIGINAL REQUERIDA (SOLO FIRMA ORIGINAL SE ACEPTARÁ)

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 WAGE PAYMENT 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 DE PAGO DE SALARIO 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 COMPLETA** **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