

Complaint #: \_\_\_\_\_  
Assigned To: \_\_\_\_\_  
Date Assigned: \_\_\_\_\_



ID No. \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Official Use Only

**D.C. OFFICE OF WAGE- HOUR:MINIMUM WAGE / OVERTIME COMPLAINT FORM**  
**OFICINA DE SALARIOS Y HORAS DE TRABAJO DE D.C.: FORMULARIO DE HORAS EXTRAS**  
**Y/O SALARIO MÍNIMO**

**PRELIMINARY QUESTION/ PREGUNTAS PRELIMINARES**

DOES THE CLAIMANT'S COMPANY HAVE A PAID TIME OFF POLICY? / ¿TIENE LA COMPAÑÍA UNA POLÍTICA DE TIEMPO LIBRE PAGADO DONDE REALIZÓ EL TRABAJO EL RECLAMANTE?  
YES/SÍ  NO  IF SO, HOW MANY DAYS/SI ES ASÍ, ¿CUÁNTOS DÍAS? \_\_\_\_\_  
DOES THE CLAIMANT NEED INTERPRETATION/ TRANSLATIONS SERVICES THROUGHOUT THE INVESTIGATION? / Yes/Sí  No   
¿EL RECLAMANTE NECESITA SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN Y/O TRADUCCIÓN A LARGO DE SU INVESTIGACIÓN?  
WHAT IS THE CLAIMANT'S PRIMARY LANGUAGE? / ¿CUÁL ES EL IDIOMA PRINCIPAL DEL RECLAMANTE? \_\_\_\_\_

**CLAIM INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL RECLAMO**

CURRENT DATE/ FECHA DE HOY: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

COMPLAINT CONFIDENTIAL/RECLAMO CONFIDENCIAL: YES/SÍ  NO

ARE YOU A GOVERNMENT EMPLOYEE/¿ES USTED UN EMPLEADO DEL GOBIERNO?: YES/SÍ  NO

**SECTION 1 BUSINESS INFORMATION/SECCIÓN 1 INFORMACIÓN DEL NEGOCIO**

BUSINESS NAME/NOMBRE DEL NEGOCIO: \_\_\_\_\_ OWNER'S FULL NAME/NOMBRE COMPLETO DEL DUEÑO: \_\_\_\_\_

BUSINESS STREET ADDRESS/ DIRECCIÓN DEL NEGOCIO: \_\_\_\_\_ OWNER'S/BUSINESS PHONE #/# DE TELÉFONO DEL DUEÑO / NEGOCIO \_\_\_\_\_

CITY/CUIDAD: \_\_\_\_\_ STATE/ ESTADO: \_\_\_\_ ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

EMPLOYER'S EMAIL ADDRESS/CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

TYPE OF BUSINESS/TIPO DE NEGOCIO: \_\_\_\_\_

ADDRESS WHERE WORK IS PERFORMED/DIRECCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO: \_\_\_\_\_

ESTIMATED NUMBER OF 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

**SECTION 2 EMPLOYEE INFORMATION/ SECCIÓN 2 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

FULL NAME/NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ LAST 4 DIGITS OF SOC SEC NO./ULTIMO 4 DÍGITOS DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

STREET ADDRESS / DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CITY/CUIDAD: \_\_\_\_\_ STATE/ESTADO: \_\_\_\_ ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

DAYTIME PHONE NUMBER/NÚMERO DE TELÉFONO : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

EMAIL ADDRESS / CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

JOB TITLE / PUESTO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

DATE EMPLOYMENT BEGAN / FECHA DE INICIO DE EMPLEO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      LAST DAY WORKED/ ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SUN. BEG/END DOMINGO EMPEZÓ/TERMINO	MON. BEG/END LUNES EMPEZÓ/TERMINO	TUES. BEG/END MARTES EMPEZÓ/TERMINO	WED. BEG/END MIÉRCOLES EMPEZÓ/TERMINO	THURS. BEG/END JUEVES EMPEZÓ/TERMINO	FRI. BEG/END VIERNES EMPEZÓ/TERMINO	SAT. BEG/END SÁBADO EMPEZÓ/TERMINO	TOTAL	PAY RECEIVED PAGO RECIBIDO
								NET/DESPUÉS DE IMPUESTOS:
								GROSS/ANTES DE IMPUESTOS:

(USE SECOND BLANK LINE FOR RECORDING BEGINNING AND ENDING OF MEAL PERIODS/  
USAR LA SEGUNDA LÍNEA EN BLANCO PARA REGISTRAR EL COMIENZO Y EL FINAL DE LOS PERÍODOS DE ALMUERZO)

**SECTION 2 EMPLOYEE CLAIM INFORMATION CON'T/ SECCIÓN 2 RECLAMO DEL EMPLEADO**

NATURE OF VIOLATION(S)/ TIPO DE VIOLACIÓN:

MINIMUM WAGE/SALARIO MÍNIMO  OVERTIME/ TIEMPO EXTRA  WAGE STATEMENT/DECLARACIÓN SALARIAL   
OTHER/OTRO  (SPECIFY/ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

ARE YOU A TIPPED EMPLOYEE? /¿ES UN EMPLEADO QUE RECIBE PROPINA? YES/SÍ  No

DOES EMPLOYER KEEP A RECORD OF HOURS WORKED?  
¿EL EMPLEADOR MANTIENE UN REGISTRO DE LAS HORAS TRABAJADAS? YES / Sí  No

IS RECORD ACCURATE? / ¿EL REGISTRO ES EXACTO? YES/ Sí  No

GROSS WAGE PAID/SALARIOS ANTES DE IMPUESTOS: \$ \_\_\_\_\_

NET PAID/SALARIOS DESPUÉS DE IMPUESTOS \$ \_\_\_\_\_

WEEKLY/SEMANAL  BI-WEEKLY/QUINCENAL  SEMI-MONTHLY / DOS VECES AL MES   
MONTHLY /MENSUAL  OTHER/ OTRO

PAY RATE / TASA DE PAGO: \$ \_\_\_\_\_ OVERTIME RATE PAID /TASA DE PAGO DE TIEMPO EXTRA : \$ \_\_\_\_\_  
PER HOUR AFTER / POR HORA DESPUÉS DE: \_\_\_\_\_ HOURS PER WEEK/ HORAS POR SEMANA \_\_\_\_\_

NUMBER OF MEALS FURNISHED PER DAY/ NÚMERO DE ALMUERZOS PROPORCIONADOS AL DÍA: \_\_\_\_\_

UNIFORM FURNISHED BY EMPLOYER/ ¿LOS UNIFORMES SON PROPORCIONADOS POR EL EMPLEADOR?: YES/SÍ  No

LAUNDERED BY EMPLOYER/ ¿EL EMPLEADOR PROPORCIONA SERVICIOS DE LAVANDERÍA? YES/SÍ  No

**WERE YOU MISCLASSIFIED AS EXEMPT FROM MINIMUM WAGE OR OVERTIME?**  
**¿FUE CLASIFICADO ERRÓNEAMENTE COMO EXENTO DE SALARIO MÍNIMO O DE HORAS EXTRAS?** YES/SÍ  No

**WERE YOU MISCLASSIFIED AS AN INDEPENDENT CONTRACTOR? /**  
**¿FUE CLASIFICADO ERRÓNEAMENTE COMO UN CONTRATISTA INDEPENDIENTEMENTE?** YES/SÍ  No

**FOR WHAT TIME PERIODS WERE YOU NOT PAID PROPERLY?**  
**¿QUÉ PERIODOS NO FUE PAGADO APROPIADAMENTE?**

\_\_\_\_\_  
(FROM/DE: MM/DD/YY)

\_\_\_\_\_  
(TO/HASTA: MM/DD/YY)

**SECTION 3 REMARKS / SECCIÓN 3 COMENTARIOS**

---

---

---

---

---

---

**SECTION 3 REMARKS CON'T/ SECCIÓN 3 COMENTARIOS**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**SECTION 4 VERIFICATION SHEET/ SECCIÓN DE VERIFICACIÓN**

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

**SU RECLAMO SERÁ REVISADO POR IMPLEMENTACIÓN 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 JURAMENTO, POR LA PRESENTE JURÓ O AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y EXACTA. AUTORIZÓ A LA OFICINA DE SALARIOS Y HORA DE TRABAJO QUE DIVULGUE CUALQUIER O TODA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL ARCHIVO DE MI RECLAMO A MI EMPLEADOR, PARA INVESTIGAR MI RECLAMO Y TOMAR CUALQUIER ACCIÓN QUE SE CONSIDERE NECESARIA PARA RESOLVER EL RECLAMO.**

**SIGNATURE/ FIRMA: \_\_\_\_\_ DATE/FECHA: \_\_\_\_\_**  
**ORIGINAL SIGNATURE REQUIRED (ONLY ORIGINAL SIGNATURE ACCEPTED)/ SE REQUIERE LA FIRMA ORIGINAL (SÓLO SE ACEPTA LA FIRMA ORIGINAL)**

**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 JURAMENTO, POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE EL RECLAMANTE NOMBRADO ARRIBA, QUE REQUIERE ASISTENCIA A CAUSA DE INCAPACIDAD O INHABILIDAD DE LEER O ESCRIBIR, ME AUTORIZÓ A COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE PAGO DE SALARIO PARA ÉL/ELLA. SI EL RECLAMANTE NO PUEDE FIRMAR ESTA SOLICITUD, YO HE ESCRITO MI NOMBRE EN LA LÍNEA ASIGNADA.**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF ASSISTANT/FIRMA DEL ASISTENTE**

\_\_\_\_\_  
**PRINT FULL NAME/ESCRIBA NOMBRE COMPLETO**

**DATE/FECHA:** \_\_\_\_\_