

YOUR CLAIM WILL BE REVIEWED FOR ADMINISTRATIVE ACTION ACCORDING TO 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/ FIRMA: _____ DATE/FECHA: _____
**ORIGINAL SIGNATURE REQUIRED (ONLY ORIGINAL SIGNATURE ACCEPTED)/
FIRMA ORIGINAL REQUERIDA (SOLO LA FIRMA ORIGINAL SE ACEPTARA)**

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 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**