

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



ID #: \_\_\_\_/\_\_\_\_  
Official Use Only

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

**PRELIMINARY QUESTIONS / PREGUNTAS PRELIMINARIAS**

DO YOU NEED INTERPRETATION/TRANSLATION 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? YES ☐ NO ☐  
¿FUE CONTRATADO PARA TRABAJAR CÓMO UN SUBCONTRATISTA O TRABAJO POR SU PROPIA CUENTA? 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/ 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 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/ RENunció**      **YES/SÍ** ☐ **NO** ☐

**IF YES, WHY?/¿SÍ ES SÍ, PORQUE?** \_\_\_\_\_

**QUIT DATE/FECHA DE RENUNCIA:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

**TERMINATION DATE/FECHA EN QUE FUE DESPEDIDO:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**IF YES, WHY?/¿SÍ 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?**

**WERE YOU MISCLASSIFIED AS AN INDEPENDENT CONTRACTOR?/**

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

**FULL NAME OF YOUR SUPERVISOR/NOMBRE COMPLETO DE SU SUPERVISOR:** \_\_\_\_\_

**WHAT DAY IS PAYDAY?/¿QUÉ DÍA ES EL DÍA DE PAGO? (I.E. FRIDAY/VIERNES)** \_\_\_\_\_

**HOW OFTEN ARE YOU PAID ?/¿CON QUE FRECUENCIA LE PAGAN? (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? / ¿CUÁNDO SE TERMINA EL PERIODO DE PAGO?** \_\_\_\_\_

**ARE YOU PAID BY/ LE PAGAN EN:**      ☐ **CHECK / CHEQUE**      ☐ **CASH / EFECTIVO**      ☐ **BOTH / AMBOS**

**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)**

**DID YOUR EMPLOYER KEEP A RECORD OF THE HOURS YOU WORKED?/**

**¿MANTUVO SU EMPLEADOR UN REGISTRO DE HORAS QUE USTED TRABAJO?**      **YES/SI** ☐ **NO** ☐

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

**(FOR EXAMPLE: TIME CARD/ TIME SHEET/ ETC.)** \_\_\_\_\_

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)? YES/SÍ ☐ NO ☐  
¿TIENE SU EMPLEADOR UNA POLÍTICA DE PAGO POR TIEMPO LIBRE?

IF SO, HOW MANY PTO DAYS \_\_\_\_\_  
SI ES SI, DE 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 LE 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**

**ARE YOU A TIPPED EMPLOYEE?/¿ES USTED UN EMPLEADO QUE RECIBE PROPINAS?** **YES/SÍ** ☐ **NO** ☐

**ARE YOU OWED TIPS?/¿SE LE DEBE PROPINAS?** **YES/SÍ** ☐ **NO** ☐

**IF YES, LIST DATES/ SÍ ES SÍ, LISTA LAS FECHAS** \_\_\_\_\_ **To/A** \_\_\_\_\_

**AMOUNT OF TIPS OWED/ CANTIDAD DE PROPINAS DEBIDO \$** \_\_\_\_\_

**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) PAYOUT?/**

**¿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?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 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 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**