



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? _____

¿CUAL ES SU IDIOMA PRINCIPAL? _____

WERE YOU HIRED TO WORK AS A SUBCONTRACTOR OR WERE YOU SELF-EMPLOYED?/

¿FUE CONTRATADO PARA TRABAJAR COMO UN SUBCONTRATISTA O TRABAJÓ 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 PÓSTAL:** _____

SECTION 1 PERSONAL INFORMATION/SECCIÓN 1 INFORMACIÓN PERSONAL

FULL NAME/SU NOMBRE COMPLETO: _____

STREET ADDRESS/DIRECCIÓN DE DOMICILIO: _____

CITY/CUIDAD: _____ **STATE/ESTADO:** _____ **ZIP CODE/CÓDIGO PÓSTAL:** _____

DAYTIME PHONE NUMBER(S)/SU NÚMERO DE TELEFONO: _____

EMAIL ADDRESS/SU CORREO ELECTRONICO: _____

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 TELEFONO DEL DUEÑO /NEGOCIO: _____

BUSINESS STREET ADDRESS/ DIRECCIÓN DEL NEGOCIO: _____

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

TYPE OF BUSINESS/TIPO DE NEGOCIO: _____

HOW MANY EMPLOYEES?/ ¿CUANTOS 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 MAS

EMPLOYER'S EMAIL ADDRESS/CORREO ELECTRONICO DEL EMPLEADOR: _____

IS THE BUSINESS CLOSED OR IN BANKRUPTCY?/¿ESTA 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 SÓLO LA OPCIÓN QUE APLICA A SU ESTADO ACTUAL DE EMPLEO CON ESTA COMPAÑIA)

CURRENT RATE OF PAY/ TASA ACTUAL DE PAGÓ: \$ _____

PER HOUR?/ ¿PÓR HÓRA? YES/SI NO

PER DAY?/ ¿PÓR DIA? YES/SI NO

PER WEEK?/ ¿PÓR SEMANA? YES/SI NO

DATE HIRED/FECHA DE CONTRATACIÓN: _____ - _____ - _____

EMPLOYMENT STATUS/ ESTADO DE EMPLEO:

QUIT (RESIGNATION)/ RENUNCIÓ YES/SI NO

IF YES, WHY?/¿ SI ES SI, PÓRQUE? _____

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

TERMINATED/ FUE DESPEDIDÓ YES/SI NO

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

IF YES, WHY?/¿SI ES SI, PÓRQUE? _____

STILL EMPLOYED/ TÓDAVIA ESTA EMPLEADÓ(A) YES/SI NO

LAST DAY WORKED/EL ULTIMÓ DIA QUE TRABAJÓ: _____

WHAT TYPE OF WORK DID YOU DO FOR THIS COMPANY?/¿QUE TIPÓ DE TRABAJÓ HIZÓ USTED PARA ESTA COMPAÑIA?

WHAT IS YOUR WORK SCHEDULE?/¿CUA L ES SU HÓRARIÓ DE TRABAJÓ? _____
 (I.E., MON, WED, FRI 10:00AM - 4:30PM, TUE & SAT 9:30AM-8:00PM WITH ½ HR LUNCH BREAK - INCLUDE ANY BREAKS/ LUNES, MIE RCÓLES, VIERNES 10:00AM - 4:30PM, MARTES & SA BADO 9:30AM-8:00PM CON ½ HR ALMUERZÓ - INCLUYA TIEMPÓS DE DESCANSÓ)

	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 SUELDÓ	NUMBER OF HOURS NUMERÓ DE HORAS	RATE OF PAY TASA DE PAGÓ	AMOUNT CLAIMED CANTIDAD DE RECLAMÓ
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

TOTAL AMOUNT CLAIMED/CANTIDAD TOTAL DE RECLAMO \$ _____

SECTION 5 RECORDS AND POLICY INFORMATION/SECCIÓN 5 INFORMACIÓN DE REGISTRÓS Y POLÍTICA

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

¿MANTIENE SU EMPLEADOR UN REGISTRÓ DE HORAS TRABAJADAS?

Yes/SI No

IF YES, WHAT KIND OF RECORD?/ ¿SI ES SI, QUE TIPÓ DE REGISTRÓ?

TIME CARD/ TARJETA DE TIEMPÓ TIME SHEET/ HÓJA DE TIEMPÓ ÓTHER/ ÓTRÓ: _____

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, QUE RAZÓN PRÓPORCIÓNÓ SU EMPLEADOR? _____

DO YOU HAVE A COPY OF THIS LEAVE SLIP?/

¿USTED TIENE UNA CÓPIA DE SU FÓRMULARÍÓ DE PETICIÓ N DE DIA DE ENFERMEDAD?

Yes/SI No

DOES YOUR EMPLOYER HAVE A SICK LEAVE POLICY?

¿TIENE EL EMPLEADOR DEL DEMANDANTE UNA PÓLITICA DE PAGÓ PÓR TIEMPÓ LIBRE?

Yes/SI No

IF SO, CAN YOU PROVIDE A COPY OF THE POLICY?/

¿SI ES SI, PUEDE USTED PRÓVEER UNA CÓPIA DE DICHA PÓLITICA?

Yes/SI No

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

¿USTED HAS USADÓ TIEMPÓ DE ENFERMEDAD DESDE QUE FUE EMPLEADÓ CÓN ESTE EMPLEADOR?

Yes/SI No

IF YES, LIST THE DATES YOU USED SICK LEAVE: _____

SI ES SI, LISTE LAS FECHAS QUE USTED UTILIZÓ DIAS DE ENFERMEDAD:

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

¿HA UTILIZADÓ ALGUN DIA DE VACACIÓ N DESDE QUE FUE EMPLEADÓ CÓN ESTE EMPLEADOR?

Yes/SI No

SECTION 6 VERIFICATION SHEET / SECCIÓN 6 HÓJA DE VERIFICACIÓN

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

SU RECLAMACIÓN SERA REVISADA PÓR ACCIÓN ADMINISTRATIVA DE ACUERDÓ CÓN EL CÓ DIGÓ DE DC § 32-1308.01. INFÓRMACIÓ N ADICIÓN AL 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.

BAJÓ PENA DE PERJURIÓ, JURÓ Ó AFIRMÓ QUE LA INFÓRMACIÓ N QUE HE DADÓ EN ESTE FÓRMULARIÓ DE RECLAMÓ ES VERDADERA Y PRECISA. AUTÓRIZÓ A LA ÓFICINA DE SALARIÓ S Y HÓRAS DE TRABAJÓ DEL DEPARTAMENTÓ DE SERVICIÓ S DE EMPLEÓ (DÓES, PÓR SUS SIGLAS EN INGLE S) DEL DISTRITÓ DE CÓLUMBIA PARA DIVULGAR CUALQUIER Y/Ó TÓDA LA INFÓRMACIÓ N CÓN TENIDA EN MI ARCHIVÓ DE RECLAMÓ A MI EMPLEADÓ R, PARA INVESTIGAR MI RECLAMÓ Y TÓMAR LAS MEDIDAS QUE SE CÓN SIDEREN NECESARIAS PARA RESÓLVER EL RECLAMÓ.

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):**

**OFFICE OF WAGE-HOUR
D.C. DEPARTMENT OF EMPLOYMENT SERVICES
4058 MINNESOTA AVENUE, NE | WASHINGTON, D.C. 20019 | PHONE: (202) 671-1880 | FAX: (202) 673-6411**