



**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 DÓNDE 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: \_\_\_\_\_**

**STREET ADDRESS/DIRECCIÓN DE DOMICILIO : \_\_\_\_\_**

**CITY/CUIDAD: \_\_\_\_\_ STATE/ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP CODE/CÓDIGO PÓSTAL: \_\_\_\_\_**

**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/CUIDAD: \_\_\_\_\_ 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 ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_**

**IS THE BUSINESS CLOSED OR IN BANKRUPTCY?/¿ESTÁ CERRADO EL NEGOCIO O EN BANCARROTA?      YES/SÍ  No**

**SECTION 3 EMPLOYMENT INFORMATION/SECCIÓ N 3 INFÓRMACIÓ N DE EMPLEÓ**

**(CHECK ONLY THE OPTION THAT APPLIES TO YOUR CURRENT EMPLOYMENT STATUS WITH THIS COMPANY/  
MARQUE SÓLÓ LA ÓPCIÓ N QUE APLICA A SU ESTADÓ ACTUAL DE EMPLEÓ CÓN ESTA CÓMPAN IA)**

**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 CÓNTRATACIÓ N:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**EMPLOYMENT STATUS/ ESTADÓ DE EMPLEÓ:**

**QUIT/ 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 DE TERMINACIÓ N:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**IF YES, WHY?/¿SI ES SI, PÓRQUE?** \_\_\_\_\_

**STILL EMPLOYED/ TÓD AVIA ESTA EMPLEADÓ /A** YES/SI  NO

**LAST DAY WORKED/EL U LTIMÓ DIA QUE TRABAJÓ:** \_\_\_\_\_

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

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

**¿FUE ERRÓ NEAMENTE CLASIFICADÓ CÓMÓ CÓNTRATISTA INDEPENDIENTE?** YES/SI  NO

**FULL NAME OF YOUR SUPERVISOR/NÓMBRE CÓMPLÉ TÓ DE SU SUPERVISÓ R:** \_\_\_\_\_

**WHAT DAY IS PAYDAY?/¿ QUE DIA ES EL DIA DE PAGÓ? (I.E. FRIDAY/VIERNES)** \_\_\_\_\_

**HOW OFTEN ARE YOU PAID ?/¿ CÓN QUE FRECUENCIA LE PAGAN? (CHECK ONE/MARQUE UNÓ):**

**HOURLY/CADA HÓRA**  **DAILY/DIARIÓ**  **WEEKLY/SEM ANAL**

**BI-WEEKLY/ BI-SEM ANAL**  **SEMI-MONTHLY/ SEMI-MENSUAL**  **MONTHLY / MENSUAL**

**WHEN DOES PAY PERIOD END?/ ¿CUA NDÓ SE TERMINA EL PERIÓ DÓ DE PAGÓ?** \_\_\_\_\_

**ARE YOU PAID BY/LE PAGAN EN:**  **CHECK / CHEQUE**  **CASH / EFECTIVÓ**  **BOTH / AMBÓ S**

**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, MIERCÓLES, VIERNES 10:00AM – 4:30PM, MARTES & SABADÓ 9:30AM-8:00PM CÓN ½ HR ALMUERZÓ – INCLUYE TIEMPÓ S DE DESCANSÓ)**

**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 OWED 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**  **WEEKENDING/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 /**

**TÓTAL DE LÓS SUELDÓS NÓ PAGADÓS 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):**

**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**