



**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/ DIRECCION DEL NEGOCIO: \_\_\_\_\_ OWNER'S/BUSINESS PHONE #/# DE TELE FONO DEL DUEÑO / NEGOCIO \_\_\_\_\_  
 CITY/CUIDAD: \_\_\_\_\_ STATE/ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP CODE/CO DIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
 EMPLOYER'S EMAIL ADDRESS/CORREO ELECTRONICO DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
 TYPE OF BUSINESS/TIPO DE NEGOCIO: \_\_\_\_\_  
 ADDRESS WHERE WORK IS PERFORMED/DIRECCION DONDE SE REALIZO 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 MAS

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

FULL NAME/NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ STREET ADDRESS / DIRECCION: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ CITY/CUIDAD: \_\_\_\_\_ STATE/ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP CODE/CO DIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
 DAYTIME PHONE NUMBER/NUMERO DE TELE FONO : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 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.<br>BEG/END<br>DOMINGO<br>EMPEZÓ/TERMINO | MON.<br>BEG/END<br>LUNES<br>EMPEZÓ/TERMINO | TUES.<br>BEG/END<br>MARTES<br>EMPEZÓ/TERMINO | WED.<br>BEG/END<br>MIÉRCOLES<br>EMPEZÓ/TERMINO | THURS.<br>BEG/END<br>JUEVES<br>EMPEZÓ/TERMINO | FRI. BEG/END<br>VIERNES<br>EMPEZÓ/TERMINO | SAT.<br>BEG/END<br>SÁBADO<br>EMPEZÓ/TERMINO | TOTAL | PAY RECEIVED<br>PAGO RECIBIDO |
|--|--|--|--|---|---|---|-------|-------------------------------|
|  |  |  |  |   |   |   |       | NET/DESPUÉS<br>DE IMPUESTOS:  |
|  |  |  |  |   |   |   |       | GROSS/ANTES<br>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 THE 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: \_\_\_\_\_

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