



**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 COMO 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: \_\_\_\_\_**

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

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

**DAYTIME PHONE NUMBER(S) / SÚ NÚMERO DE TELEFÓN: \_\_\_\_\_**

**EMAIL ADDRESS / SÚ 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 TELEFÓN 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 MAS**

**EMPLOYER'S EMAIL ADDRESS / CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_**

**IS THE BUSINESS CLOSED OR IN BANKRUPTCY? / ¿ESTA CERRADO EL NEGOCIO O EN BANCARRÓTA?**

**YES / SI  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 SÚ ESTADÓ ACTÚAL DE EMPLEÓ CÓN ESTA CÓMPAN IA)**

**CURRENT RATE OF PAY/ TASA ACTÚAL 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/ RENÚNCIÓ** YES/SI  NO

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

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

**TERMINATED/ FÚE DESPEDIDÓ** YES/SI  NO

**TERMINATION DATE/FECHA EN QUE FÚE DESPEDIDÓ:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

**STILL EMPLOYED/ TÓDAVIA ESTA EMPLEADÓ/A** YES/SI  NO

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

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

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

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

**FULL NAME OF YOUR SUPERVISOR/NÓMBRE CÓMPLÉTO DE SÚ SÚPERVISÓR:** \_\_\_\_\_

**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 ÚNÓ):**

- HOURLY/CADA HÓRA**       **DAILY/DIARIÓ**       **WEEKLY/SEMANTAL**  
 **BI-WEEKLY/ BI-SEMANTAL**       **SEMI-MONTHLY/ SEMI-MENSÚAL**       **MONTHLY / MENSÚAL**

**WHEN DOES PAY PERIOD END? / ¿CÚA NDÓ SE TERMINA EL PERIÓDÓ DE PAGÓ?** \_\_\_\_\_

**How ARE YOU PAID? / LE PAGAN EN:**  **CHECK / CHEQUE**  **CASH / EFECTIVÓ**  **BOTH / AMBÓ**

**WHAT IS YOUR WORK SCHEDULE?/¿CÚA L ES SÚ 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/  
LÚNES, MIERCÓLES, VIERNES 10:00AM – 4:30PM, MARTES & SABADÓ 9:30AM-8:00PM CÓN ½ HR ALMÚERZÓ – INCLÚYE 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, QUE 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)? / ¿TIENE SU EMPLEADOR UNA POLÍTICA DE PAGO POR TIEMPO LIBRE?**

**YES/SÍ  NO**

**IF SO, HOW MANY PTO DAYS \_\_\_\_\_ / SI ES SÍ, 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)<br>FECHA(S) | RATE OF PAY<br>TASA DE PAGO | HRS<br>HORAS | AMOUNT<br>CANTIDAD | DATE(S)<br>FECHA(S) | RATE OF PAY<br>TASA DE PAGO | HRS<br>HORAS | AMOUNT<br>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 ANY 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 CHECKS TO THIS OFFICE / USTED DEBE PROVEER UNA COPIA DEL CHEQUE SIN FONDO A ESTA OFICINA)**

**IF YES, INDICATE TOTAL AMOUNT OF ALL BAD CHECKS /**  
**SI ES SÍ, INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE TODO LOS CHEQUES SIN FONDO: \$** \_\_\_\_\_

**ADDITIONAL NOTES / NOTAS ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

**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 /**  
**TÓTAL DE LÓS SÚELDÓS 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?**

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

**SÚ 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: \_\_\_\_\_  
**ORIGINAL SIGNATURE REQUIRED (ONLY ORIGINAL SIGNATURE ACCEPTED)/  
FIRMA ORIGINAL REQUERIDA (SOLO LA FIRMA ORIGINAL SE ACEPTARÁ)**

DATE/FECHA: \_\_\_\_\_

**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):**

**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**