

# FORMULARIO DE QUEJA POR SALARIO PREDOMINANTE

Este formulario se usa para presentar quejas dentro de la ley de salario predominante de Pennsylvania de 1961. Las personas que presenten este formulario deben llenar todas las partes, sin olvidar el reverso.

## PRESÉNTESE A:

**Atención: Bryan Smolock  
Bureau of Labor Law Compliance  
1301 Labor and Industry Building  
Seventh and Forster Streets  
Harrisburg, PA 17120-0019  
Teléfono: 717-787-4671 o  
1-800-932-0665  
FAX: 717-787-0517**

## CON LETRA DE MOLDE:

Nombre de la persona que presenta la queja: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número telefónico donde se le puede encontrar de 8:30 am a 5:00 pm (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(NO OLVIDE EL CÓDIGO DE ÁREA)  
Después de las 5:00 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo realizado: \_\_\_\_\_

Ubicación del empleo: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD CONDADO ESTADO CÓDIGO POSTAL

Nombre del proyecto y ubicación del condado \_\_\_\_\_

Nombre del patrón (contra quien se presenta la reclamación de salario)

Nombre de la compañía si lo tiene \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD CONDADO ESTADO CÓDIGO POSTAL

Fecha de contratación \_\_\_\_\_

¿Aún está empleado por el mismo patrón?  SÍ  NO

Si es NO, indique el último día de trabajo \_\_\_\_\_ Su liquidación fue:  
 Voluntaria  Involuntaria

1. ¿Hubo un contrato laboral por escrito entre usted y el patrón mencionado?  SÍ  NO  
Si es SÍ, favor de anexar copia.

2. ¿Fue usted notificado por el patrón mencionado cuándo y dónde se le pagaría?  SÍ  NO

3. ¿Cuál era su día normal de pago? (marque una)  
 Semanal  Quincenal  Mensual  Otro \_\_\_\_\_

4. ¿Se le pagaba el salario de una forma que no fuera en cheque?  
 SÍ  NO Otra (efectivo) \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál fue la última tarifa de pago acordada entre usted y el patrón mencionado?

Por hora \$ \_\_\_\_\_ Por semana \$ \_\_\_\_\_ Otra, favor de explicar \_\_\_\_\_

¿Cuánto es el salario TOTAL que usted reclama? \$ \_\_\_\_\_

## LLENE EL OTRO LADO

FECHA DE TÉRMINO DE LA SEMANA	CLASIFICACIÓN	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS ESTA SEMANA	NÚMERO DE DÍAS TRABAJADOS ESTA SEMANA	TARIFA DE PAGO POR HORA, DÍA, SEMANA U OTRA FORMA	SALARIO BRUTO QUE SE LE PAGÓ POR ESTA SEMANA	ESPECIFIQUE SI HUBO PAGO DE VACACIONES, ENFERMEDAD O COMISIONES

**NOTA: Si no proporciona la información en los espacios anteriores será imposible presentar esta reclamación a nombre suyo.**

6. ¿El patrón mencionado se negó a pagarle esos salarios?  SÍ  NO

Si es SÍ, indique la razón de la negativa del patrón mencionado. \_\_\_\_\_

7. ¿Están usted y el patrón mencionado de acuerdo en el monto de los salarios que se le adeudan a usted?  SÍ  NO

Si es NO, ¿qué monto reconoce el patrón mencionado que se le debe? \$ \_\_\_\_\_

8. ¿El patrón mencionado le ha dado a usted confirmación por escrito del monto que se le debe?  SÍ  NO

9. ¿El patrón mencionado le ha ofrecido pagarle el monto que se le debe?  SÍ  NO

Si es SÍ, ¿aceptó usted el monto ofrecido?  SÍ  NO

10. ¿Ha aceptado usted por escrito alguna deducción?  SÍ  NO

Si es SÍ, favor de indicar las deducciones \_\_\_\_\_

11. ¿Se le han hecho algunas deducciones sin el consentimiento por escrito de usted?  SÍ  NO

Si es SÍ, favor de explicar.

12. ¿Le adeuda usted dinero al patrón mencionado por alguna razón?  SÍ  NO

Si es SÍ, ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_

13. ¿Está usted cubierto por un Contrato colectivo de trabajo?  SÍ  NO

Si es SÍ, indique el nombre y la dirección del sindicato.

Puede usar hojas adicionales para resumir información relacionada y cálculos del salario.

**NOTA: Por la presente certifico que, a mi mejor saber, ésta es una declaración cierta de hechos relacionados con la mencionada reclamación de salarios no pagados.**

Firma del quejoso \_\_\_\_\_ Fecha de la queja \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor si el quejoso es menor de 18 años de edad. \_\_\_\_\_

La oficina se pondrá en contacto con usted para pedirle cualquier información adicional. Favor de notificar a la oficina indicada del otro lado de este formulario en caso de que a usted se le pague antes de que la oficina se comunique con usted.