



**Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York**  
**División de Normas Laborales**

**Reclamo de complementos salariales no pagados**

Responda todas las preguntas incluidas en ambos lados del formulario - escriba con letra de imprenta clara

Para uso oficial exclusivo **S**

Identification Number

Refer to wage claim I.D. No. (if any)

Taken By

La sección 198-c (3) de la Ley de Trabajo del Estado de Nueva York no cubre los complementos salariales de personas que se desempeñan en tareas administrativas, ejecutivas o profesionales con ingresos brutos superiores a \$900 por semana

**Nota: es necesario que usted haya solicitado el pago de los complementos salariales adeudados para que podamos ayudarlo.**

1. Su nombre completo <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sr.			3. N° de Seguro Social		
2. Su domicilio Apt. N° Ciudad, Municipio o Villa Condado Código postal			4. (Código de área) N° de teléfono Día ( ) Noche ( )		
5. Reclamo contra (nombre comercial del empleador)			6. Nombre de la compañía, si tiene		
7. Domicilio de la oficina central o casa matriz de la empresa Ciudad, Municipio o Villa Condado Código postal			8. (Código de área) N° de teléfono ( )		
9. Nombre y dirección de la persona responsable de la empresa			Cargo		
10. Actividad de la empresa			11. ¿La empresa está en actividad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
12. ¿Cuál era su trabajo u ocupación en esa empresa?			13. Domicilio donde trabajaba Código postal		
14. Fecha de contratación	15. Nombre y cargo de la persona que lo contrató		16. Nombre del superintendente, gerente o capataz		
17. Último índice salarial acordado (por hora, por semana, por día)	18. Último día trabajado	19. Situación ante la empresa <input type="checkbox"/> Renuncié <input type="checkbox"/> Me despidieron <input type="checkbox"/> Me suspendieron temporalmente <input type="checkbox"/> Sigo empleado		20. Razón de la renuncia, despido o suspensión	
21. ¿Estaba afiliado a algún sindicato mientras trabajaba en esa empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si responde "sí", incluya el nombre, N° de local, domicilio, código postal y N° de teléfono del sindicato			
22. ¿Ha solicitado la ayuda de su sindicato? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si responde "sí", ¿qué medidas ha tomado el sindicato?			

**Antes de responder a la pregunta 24, primero complete el reverso del formulario para poder calcular los pagos adeudados**

23. Nombre y domicilio del banco del empleado Código postal		24. Monto total de pagos adeudados \$
25. ¿Solicitó el pago de esos beneficios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	26. Fecha del pedido	27. ¿A quién le dirigió el pedido?
28. ¿Su empleador se negó a pagar esos beneficios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		Si responde "sí", incluya la razón dada por el empleador para negarse a pagar
29. ¿Recibió algún pago con cheques que luego fueron rechazados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "sí", presente fotocopias del/los cheque(s)		30. ¿Cómo se pagaban los salarios? <input type="checkbox"/> En efectivo <input type="checkbox"/> En cheque <input type="checkbox"/> Otro (Explicar)

**Todo falso testimonio realizado a sabiendas se castiga con las sanciones correspondientes a un delito menor clase A (Sección 210.45, de la Ley Penal del Estado de Nueva York). Declaro que todos los datos que figuran arriba son correctos.**

**Autorizo al Comisionado de Trabajo, representantes o agentes a recibir, endosar a mi nombre y depositar en la cuenta del Comisionado de Trabajo todos los cheques u órdenes de pago que figuren a mi nombre en concepto de pago del presente reclamo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

31. Complemento reclamado	32. Correspondiente al período	33. Pagos de fecha Adeudado y pagadero	34. Monto reclamado
<input type="checkbox"/> Pago de feriado			
<input type="checkbox"/> Pago de vacaciones			
<input type="checkbox"/> Pago por enfermedad			
<input type="checkbox"/> Seguro de salud <input type="checkbox"/> Hosp. <input type="checkbox"/> Medic. - Cirugía			
<input type="checkbox"/> Bonificación			
<input type="checkbox"/> Gastos			
<input type="checkbox"/> Otro (Especificar)			
			35. Total Monto \$ Reclamado

36. ¿Alguna otra vez antes recibió ese tipo de beneficios pagado por ese empleador?       Sí       No  
Si responde "sí":

A. ¿De qué período? \_\_\_\_\_ Monto \$ \_\_\_\_\_

B. ¿Quién pagaba los beneficios?:       Empleador       Sindicato       Otro (Explicar, por ej., Blue Cross, HIP)

37. ¿Qué tipo de acuerdo cubre ese beneficio? Si se fundamenta en algún documento escrito, adjunte copia

Política de la empresa       Acuerdo oral       Escrito (especificar, por ej., manual del empleado, carta)

Contrato sindical       Otro (explicar)

38. ¿Cuáles son los términos acordados (requisitos) para recibir ese beneficio?

39. Incluya toda información adicional debajo: