



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

Para uso exclusivo de la oficina

S

**Reclamo de complementos salariales no pagados**

Responda todas las preguntas en ambos lados del formulario. Escriba en letra de imprenta clara.  
Envíelo a: NYS Dept. of Labor,  
Division of Labor Standards, Bldg. 12, Rm. 185C,  
State Office Campus, Albany NY 12240

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: Usted tiene que haber pedido los complementos pendientes antes de que le podamos ayudar.**

1. Su nombre completo <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sr.		3. Número de Seguro Social	
2. Su domicilio No. de Apt. Ciudad, Municipio o Villa Condado Código postal		4. (Código de área) N° de teléfono Día ( ) Noche ( )	
5. Reclamo contra de (nombre comercial del empleador)		6. Nombre de la compañía, si lo 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. Nombres y direcciones de las personas responsables de la empresa		Cargos	
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"/> Con cheque <input type="checkbox"/> Otro (explique)

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
<p>36. ¿Alguna otra vez antes recibió ese tipo de beneficios pagado por ese empleador?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si responde "sí":</p> <p>A. ¿De qué período? _____ Monto \$ _____</p> <p>B. ¿Quién pagaba los beneficios?    <input type="checkbox"/> Empleador    <input type="checkbox"/> Sindicato    <input type="checkbox"/> Otro (explique; por ej., Blue Cross, HIP)</p>			
<p>37. ¿Qué tipo de acuerdo cubre ese beneficio? Si se fundamenta en algún documento escrito, adjunte copia.</p> <p><input type="checkbox"/> Política de la empresa    <input type="checkbox"/> Acuerdo Oral    <input type="checkbox"/> Escrito (especificar, por ej., manual del empleado, carta)</p> <p><input type="checkbox"/> Contrato sindical    <input type="checkbox"/> Otro (explique)</p>			
<p>38. ¿Cuáles son los términos acordados (requisitos) para recibir ese beneficio?</p>			

39. Incluya toda información adicional debajo