

**División de Servicios Laborales**

**La División de Servicios Laborales hace cumplir las leyes de Cobro de Pago de Salarios de Iowa y del Salario Mínimo Legal en Iowa.**

**Adjunto encontrará un Formulario de Reclamación de Salarios que deberá llenar en su totalidad. Asegúrese de incluir la cantidad de la reclamación, de firmar el formulario, de poner la fecha y de entregar el formulario a esta oficina.**

**Nuestra Dirección Es: Division of Labor Services  
1000 East Grand Avenue  
Des Moines, Iowa 50319-0209**

Su reclamación no se aceptará si su caso es alguno de los siguientes:

- **La cantidad de su reclamación excede \$5,000.00.**
- **La reclamación de pago es por un trabajo que no hizo en Iowa**

Conforme a la ley, nuestra oficina podría negarse a aceptar una queja por incumplimiento de pago de salario un año después de la fecha en que el pago se venció y era pagadero. Por lo que le pedimos no incluir en su reclamación ninguna cantidad que se haya vencido o que era pagadera un año antes de la fecha en que usted entregó esta queja a nuestra oficina.

Para que nuestra oficina pueda investigar su reclamación de manera eficaz y eficiente, deberá llenar el formulario en su totalidad y detalladamente. **En caso de que su empleador le pague alguno o todos los salarios después de haber entregado su FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SALARIOS**, tendrá un plazo de tres días después de haber recibido el pago para notificar a esta oficina.

También le informamos que una vez que esta oficina reciba y acepte su **FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SALARIOS**, se le enviará una carta a su empleador. En esa carta, se le dará al empleador catorce días para responder con información y documentación. Si el empleador nos proporciona una respuesta por escrito, nos pondremos en contacto con usted. Si el empleador no responde, esperaremos un lapso total de 14 días antes de seguir adelante o antes de contactarlo a usted.

**VACACIONES:** Si su reclamación es por pago de vacaciones, le informamos que conforme a la Ley de Cobro de Pago de Salarios de Iowa, usted tiene derecho solamente al pago de vacaciones que ofrezca la política de la compañía, o al que haya acordado con su empleador.

**INDEMNIZACIÓN POR DESPIDO, REPARTO DE UTILIDADES O PLANES DE PENSIÓN:**

Si su reclamación es por indemnización por despido, por pago de reparto de utilidades o por pagos de un plan de pensión, esta oficina no podrá actuar a su favor. Conforme a una decisión de la Suprema Corte de Justicia de los Estados Unidos, la ley estatal ha sido reemplazada. Para obtener información sobre una reclamación de indemnización por despido, por pagos de reparto de utilidades o por pagos de un plan de pensión que se le deban conforme a la política de la compañía o conforme al acuerdo que haya llegado con la compañía, deberá ponerse en contacto con el Departamento de Pensión Laboral & La Administración de Beneficios de Asistencia Social de Estados Unidos al: U.S. Department of Labor Pension & Welfare Benefits Administration, 2300 Main St., Suite 1100, Kansas City, MO 64108. El número de teléfono es (816) 285-1800.

**HORAS EXTRAS DE TRABAJO:** Si su reclamación es por incumplimiento de pago de horas extras de trabajo conforme a la política de la compañía o conforme al acuerdo que haya llegado con su empleador, podrá incluirla en el FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SALARIOS. Sin embargo, si su reclamación es por incumplimiento de pago de horas extras que usted cree que se le debe conforme a la ley federal, deberá ponerse en contacto con el Departamento Laboral de Estados Unidos al: U.S. Department of Labor, 210 Walnut, Des Moines, IA 50309. El número de teléfono es (515) 284-4625.



IOWA WORKFORCE DEVELOPMENT  
 DIVISION OF LABOR  
 1000 EAST GRAND AVENUE  
 DES MOINES, IOWA 50319-0209  
 515-281-5337  
 1-800-562-4692  
 309-6058  
 (11-09)

# RECLAMACIÓN DE SALARIOS

Si usted actualmente tiene una reclamación abierta contra este empleador, no archive una reclamación adicional: simplemente enmiende su reclamación original.

|                     |       |
|---------------------|-------|
| FOR OFFICE USE ONLY |       |
| WAGE CLAIM NO.      | _____ |
| ASSIGNMENT          | _____ |

**SÍRVASE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA TODA LA INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADAMENTE**

| INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE  |                       | INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR   |               |
|---|-----------------------|----------------------------------|---------------|
| SÍRVASE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA TODA LA   |                       | NOMBRE DE LA COMPAÑÍA            |               |
| DIRECCIÓN   |                       | DIRECCIÓN                        |               |
| CIUDAD Y ESTADO   | CÓDIGO POSTAL         | CIUDAD Y ESTADO                  | CÓDIGO POSTAL |
| FECHA DE NACIMIENTO   | NUM. DE SEGURO SOCIAL | NOMBRE DEL DUEÑO                 |               |
| NÚM. DE TELÉFONO/CASA(        ) )   |                       | TIPO DE NEGOCIO                  |               |
| DIRECCIÓN DE SU CORREO ELECTRÓNICO  |                       | NÚM. DE TELÉFONO (        ) )    |               |
| NÚM. DE TELÉFONO/TRABAJO(        ) )  |                       | NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL BANCO DEL |               |
| NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚM. DE TELÉFONO DE LA PERSONA MEDIANTE LA CUÁL PODEMOS LOCALIZARLO EN TODO MOMENTO: |                       |                                  |               |

**SALARIO QUE RECLAMA:**

1. La cantidad de su reclamación (no deduzca ni los impuestos ni el seguro social): \$ \_\_\_\_\_

2. Su reclamación es por \_\_\_\_\_  Incumplimiento de Pago de Salario  Comisiones  Deducciones No Autorizadas  
 Pago por Vacaciones  Salario Mínimo  Otra Razón (Explique) \_\_\_\_\_

3. Si se trata de **salario**, ¿En que fechas no le pagaron su salario o no le pagaron lo suficiente?

(Del) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Al) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 mes        día        año                    mes        día        año

Número de horas que laboró y no le pagaron o no le pagaron lo suficiente \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ por hora.

Si estaba a sueldo, número de semanas que laboró y no le pagaron o no le pagaron lo suficiente \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_.

4. Si estaba a **comisión**, ¿qué porcentaje debía recibir? \_\_\_\_\_ %  
 Ventas totales, etc. por las cuáles no le pagaron su comisión (no deduzca ni los impuestos ni el seguro social) \$ \_\_\_\_\_

(Sírvese anexar a esta reclamación una lista detallada de las ventas, etc.)  
 ¿Qué fecha acordó con el empleador que sería su fecha de pago? Explique detalladamente: \_\_\_\_\_

¿En qué fecha(s) hizo este trabajo?                    (Fechas) \_\_\_\_\_

5. Si le dedujeron de su sueldo, explique cuál fue la razón: \_\_\_\_\_

Fecha de pago durante la cuál le dedujeron de su sueldo:    (Fecha) \_\_\_\_\_

6. Si se trata de **vacaciones** u otra razón, explique como concluyó cuál sería la cantidad de su reclamación según indicó en el renglón número 1 de este formulario. Si se trata de una prestación de la compañía, incluya una copia escrita de la política de la compañía o si no es por escrito, explique detalladamente.

Fecha(s) que laboró para ganar las prestaciones o salario: \_\_\_\_\_

7. ¿Debe alguna cantidad de dinero o alguna pertenencia al empleador?  Sí  No    Si indicó que sí, explique: \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE EMPLEO.**

9. ¿Quién lo contrató? \_\_\_\_\_ 10. ¿Quién era su supervisor inmediato? \_\_\_\_\_

11. ¿Qué tipo de trabajo hizo? \_\_\_\_\_ 12. ¿Hizo el trabajo en Iowa? \_\_\_\_\_

13. Fecha que inició el empleo \_\_\_\_\_ 14. Fecha que finalizó el empleo \_\_\_\_\_

15. Sueldo \$ \_\_\_\_\_ por hora/semana/ mes/otro (encierre una de las opciones en un círculo)  
Si el acuerdo fue otro, explique \_\_\_\_\_

16. Acuerdo de pago  Verbal  Contrato  Política de la compañía por escrito Proporcione una copia de la política o contrato.

17. ¿Con qué frecuencia le pagaban?  Semanalmente  Quincenalmente  Mensualmente  Otro (Explique) \_\_\_\_\_

18. ¿Cómo le pagaban?  Cheque  Efectivo  Otro (Explique) \_\_\_\_\_

19. ¿Usted dejó el trabajo?  Sí  No ¿Lo despidieron?  Sí  No – ¿Porqué? (Explique) \_\_\_\_\_

20. ¿Ha solicitado el desempleo desde que dejó la compañía? \_\_\_\_\_  Sí  No

21. ¿Sigue el empleador en el mismo negocio?  Sí  No - si ya cerró el negocio, ¿cuál es la dirección de la residencia del dueño? \_\_\_\_\_

22. ¿Le dedujo su empleador el seguro social y los impuestos retenidos? Si no, ¿Qué razón le dio? Anexe la explicación \_\_\_\_\_  Sí  No

23. ¿Firmó alguna autorización para otras deducciones? Si sí, explique. Anexe la explicación \_\_\_\_\_  Sí  No

24. ¿Fijó su empleador horas regulares de trabajo? \_\_\_\_\_  Sí  No

25. ¿Está usted bajo un contrato sindical? Si es así, comuníquese con el representante del sindicato antes de entregar esta reclamación a la División Laboral  Sí  No

\*\* ¿Ha contratado a un abogado o entablado una demanda legal referente a este asunto?  Sí  No

**No entregue esta reclamación hasta que haya hablado de esto con su abogado.** Proporcione el nombre, dirección y número de teléfono de su abogado y el nombre del condado en el cuál entabló la demanda.

\*\* ¿Está dispuesto a comparecer y atestiguar en el Tribunal?  Sí  No Si respondió que no, sírvase explicar la razón.

**AFIDÁVIT, CESIÓN, Y NOTIFICACIÓN**

Certifico por el presente, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en este formulario es verídica conforme a mi mejor saber y entender.

Cedo en fideicomiso al Comisionado Laboral esta reclamación y todas las sanciones acumuladas debido a incumplimiento de pago, y los derechos de retención. Esta cesión tendrá vigencia a partir del momento que el Comisionado determine que mi reclamación es válida. Autorizo al Comisionado a resolver esta reclamación. Autorizo al Comisionado a recibir pago por esta reclamación, y autorizo que tal pago me sea enviado por correo a menos que yo haya hecho otro arreglo con el Comisionado.

Entiendo que debo cooperar como lo requiere el Comisionado, y que es mi responsabilidad proporcionar la información suficiente para comprobar la validez de mi reclamación pendiente. Entiendo que no existe ninguna garantía de que el Comisionado aceptará mi reclamación, y tampoco existe ninguna garantía de que el Comisionado podrá cobrar la cantidad de la reclamación.

Fecha de Firma: \_\_\_\_\_ Firma del Demandante: \_\_\_\_\_

Empleador de Oportunidades Equitativo/Programa  
En caso de requerir dispositivos auxiliares y servicios para las personas discapacitadas, solicítelos.  
Para las personas sordas y con deficiencias auditivas, use relay 711.

