



Por favor utilice esta guía para ayudarle a completar el Formulario de Reclamo. Si no puede contestar todas las preguntas del formulario, todavía puede someterlo a la Oficina de Normas de Salario. Sin embargo, formularios incompletos pueden afectar el tiempo de procesamiento de su reclamo. El Formulario de Reclamo ayudara a acelerar el procesamiento, pero también puede usar el formulario corto de [Reclamo de Salario Mínimo](http://wagesla.lacity.org/presentar-un-reclamo-de-salario-minimo) (<http://wagesla.lacity.org/presentar-un-reclamo-de-salario-minimo>) en la alternativa.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

- **Información Personal (1-3):** Ingrese su nombre e información de contacto. Por favor proporcione un número secundario de teléfono, si es posible, al cual la Oficina de Normas de Salario (OWS) puede comunicarse con usted en caso de que se requiera información adicional para procesar su reclamo. Si está relleno el formulario para el Empleado, por favor asegúrese de que la información del Empleado sea completa y precisa.
- **Estado de Empleo y Servicios de Interpretación (4-5):** Indique su estado actual de empleo (trabajando para el Empleador por cual está presentando un reclamo en contra, resignado, o despedido). Si no es el Empleado, proporcione una breve explicación de quién es usted. Si necesita un intérprete, indique el idioma.
- **Reclamos Previos (6):** Identifique todos otros reclamos que ha presentado con una agencia pública en relación con el salario mínimo o tiempo de enfermedad.
- **Elegibilidad (7):** Si usted ha trabajado por lo menos dos horas en una semana en particular dentro de los límites geográficos de Los Ángeles entonces usted puede estar sujeto a la MWO de la Ciudad. Para comprobar si una dirección comercial está dentro de la Ciudad de Los Ángeles, puede buscar la dirección en neighborhoodinfo.lacity.org. Si la dirección fue ingresada correctamente y está dentro de la Ciudad, debe mostrarse información relativa a esa dirección. Si no se muestra ninguna información, es probable que la dirección no esté dentro de la Ciudad de Los Ángeles.
- **Tipo de Reclamo (8):** Describa la naturaleza de su reclamo al marcar todas las casillas aplicables o escribiendo una descripción.

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (RECLAMO EN CONTRA)

- **Información de Contacto del Empleador (9-12):** Ingrese el nombre del Empleador e información de contacto a su mejor habilidad. La dirección comercial es donde se encuentra la empresa, mientras que la dirección de trabajo del empleado es donde el empleado realmente trabajó.
- **Descripción de la Empresa y Información de Gestión (13-17):** Describa el negocio del Empleador (es decir, fábrica, restaurante, tienda), indique los nombres de sus gerentes y supervisores y proporcione su mejor estimación del número de Empleados que trabajan para el negocio.

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DE EMPLEO

- **Información de Reclamo de Salario Mínimo (18-25):** "Empleo Transitorio" significa empleo a corto plazo, asalariado y subsidiado que combina trabajo real, desarrollo de habilidades y servicios de apoyo para ayudar a los participantes a superar los obstáculos al empleo y la transición a empleos competitivos sin subsidio. Ingrese la fecha en que usted fue contratado por su Empleador y el periodo de tiempo que usted declara que su Empleador no cumplió con el MWO. Indique su título de trabajo o posición y el salario que le pagaron durante el período en que usted declara que el Empleador no cumplió con el MWO. Si le pagaron salarios diferentes durante este período, puede ingresar los salarios separados por una coma y anote esto en los comentarios adicionales (Campo #32) en la Sección IV. Describa cómo le pagaron, cuánto y con qué frecuencia en las secciones apropiadas. La Ordenanza de Salario Mínimo de Los Ángeles tomó efecto el 1 de julio de 2016. Si su reclamo es por un período de tiempo anterior a esta fecha, por favor comuníquese con el Departamento de Protección de Normas Laborales (www.dir.ca.gov/dlse).
- **Información de Reclamo de Tiempo de Enfermedad (26):** Esta subsección debe ser completada para determinar si el Empleador ha cumplido con las provisiones del Tiempo de Enfermedad. Para ser elegible para tiempo de enfermedad pagado, un Empleado debe trabajar en la Ciudad de Los Ángeles para el mismo Empleador por 30 días o más dentro de un año (cada día en que un empleado trabaja se considera un día). La carga frontal significa que el tiempo de enfermedad pagado se proporciona al comienzo del año (calendario, aniversario del Empleado u otro período de doce (12) meses). Acumulación significa que tiempo de enfermedad pagado se gana por hora. La MWO requiere tiempo de enfermedad pagado bajo el método de acumulación para ser calculado en una (1) hora de tiempo de enfermedad pagado proporcionado por cada treinta (30) horas trabajadas.

SECCIÓN IV: HORAS LABORALES

- **Semana de Trabajo del Empleado y Documentación (27-32):** Por favor describa su horario de trabajo regular completando el ejemplo de la tabla de trabajo semanal. Por ejemplo, si su turno es de 8:00 a 4:30 con un periodo de comida no pagado de 30 minutos, escriba el tiempo de inicio como 8:00, el tiempo final como 4:30 y las horas trabajadas como 8 (asegúrese de deducir los periodos de comida no pagados de las horas trabajadas). Si su horario de trabajo es irregular, por favor complete la tabla de semana laboral irregular a su mejor habilidad. Un ejemplo de un período de trabajo irregular sería de 400 horas repartidas en ocho (8) semanas entre el día, tarde, noche y turnos de horarios nocturnos. Por favor indique también si usted ha sido pagado por todas las horas trabajadas dentro de los límites geográficos de la Ciudad. Por favor incluya todos los documentos que nos ayudarán a investigar su reclamo. Describa cualquier otra documentación que ayudara a evaluar su reclamo y adjunte copias si están disponibles.

SECCIÓN V: FIRMA: Firmar y fechar el formulario. Por favor tenga en cuenta que está firmando el formulario bajo pena de perjurio.



FORMULARIO DE RECLAMO DE LA ORDENANZA DE SALARIO MÍNIMO (MWO)

Durante la investigación, la Oficina de Normas de Salario mantendrá la confidencialidad en la medida permitida por las leyes aplicables. Proporcionando su nombre e información de contacto acelerará su investigación.



SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

| | | | |
|---|--------------------|---------------------|----------------|
| 1. Apellido: | Nombre: | Segundo Nombre: | |
| 2. Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| 3. Número de Teléfono: | Número Secundario: | Correo Electrónico: | |
| 4. Marque la casilla aplicable a usted: | | | |
| <input type="checkbox"/> Todavía trabajando por Empleador <input type="checkbox"/> Resignado en _____ <input type="checkbox"/> Despedido en _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros, proporcionar explicación en detalle (i.e., organización de abogacía, abogado, miembro de la familia, etc.): | | | |
| 5. ¿Necesita el empleado un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí, indicar idioma: <input type="checkbox"/> No | | | |
| 6. ¿Ha presentado el Empleado un reclamo relacionada con el salario mínimo y / o tiempo de enfermedad con cualquier otra agencia pública? <input type="checkbox"/> Sí, especificar agencia: y fecha de presentación: <input type="checkbox"/> No | | | |
| 7. ¿Ha trabajado el Empleado por lo menos dos horas en cualquier semana particular dentro de los límites geográficos de la Ciudad de Los Ángeles ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, el Empleado no está sujeto a la MWO de la Ciudad. | | | |

8. Marque todas las casillas que aplican:

El Empleador no pagó el salario mínimo de acuerdo con LAMC Sección 187.

El Empleador no proporcionó los beneficios de tiempo de enfermedad de acuerdo con LAMC Sección 187.

Represalias, explique en detalle: _____

El Empleador no cumplió con el requisito de publicar avisos de acuerdo con LAMC Sección 188:

- Seleccione todas que aplican: Aviso de Salario Mínimo Aviso de Tiempo de Enfermedad Pagado Aviso de Corrección

El Empleador no proporcionó la notificación de información del Empleador

Otros, por favor especifique:

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (RECLAMO EN CONTRA)

| | | | |
|---|--------------------|---|----------------|
| 9. Empleador/Nombre de la Empresa: Nombre del Propietario(s), o Nombre de Operación (si es diferente del nombre comercial proporcionado): | | | |
| 10. Tipo de Empresa: <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Propietario único <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> LLP <input type="checkbox"/> Otro: | | | |
| 11. Dirección de la Empresa: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Dirección de Trabajo del Empleado: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| 12. Teléfono de la Empresa: | Número Secundario: | Correo Electrónico: | |
| 13. Descripción de la Empresa: | | | |
| 14. ¿Este Empleador sigue en el negocio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, fecha de cierre aproximada: | | | |
| 15. Nombre de la Persona Encargada: | | Título de trabajo/Posición de la Persona Encargada: | |
| 16. Nombre del Supervisor Inmediato: | | Título de trabajo/Posición del Supervisor: | |
| 17. Número Total de Empleados (proporcione la mejor estimación): | | | |

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DE EMPLEO

| | |
|--|--|
| 18. ¿Está el Empleado entre las edades de 14 y 17? (Los empleados que tienen entre 14 y 17 años de edad, dentro de las primeras 160 horas de empleo, pueden ser pagados no menos del 85% del salario mínimo.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 19. ¿Tiene el Empleado un Trabajo Transitorio? (Durante los primeros 18 meses de empleo en el Empleo de Transición, los Empleados pueden recibir salarios menos del salario mínimo.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 20. Fecha de Contratación: | |
| 21. Indique el período de tiempo que usted declara que el Empleador no cumplió con el MWO: Desde _____ hasta _____ | |
| 22. Título de trabajo del Empleado/Descripción de la Posición (i.e. conductor, cocinero, portero): | |
| 23. A. Indique el sueldo horario que fue pagado el Empleado durante el periodo de reclamación especificado en la pregunta 21: \$ _____ | |
| B. Seleccione el tipo de salario (marque todas que aplican): | |
| <input type="checkbox"/> Sueldo Horario <input type="checkbox"/> Tarea <input type="checkbox"/> Sueldo por Pieza <input type="checkbox"/> Comisión | |
| <input type="checkbox"/> Otros, explique con detalle: | |



FORMULARIO DE RECLAMO DE LA ORDENANZA DE SALARIO MÍNIMO (MWO)

Durante la investigación, la Oficina de Normas de Salario mantendrá la confidencialidad en la medida permitida por las leyes aplicables. Proporcionando su nombre e información de contacto acelerará su investigación.



24. ¿Cómo se pagaron los salarios? Cheque Efectivo Cheques y dinero en efectivo Otros, especifique:

25. ¿Cuánto y con qué frecuencia fue pagado el Empleado?
 Diario, \$ _____ Semanal, \$ _____ Bimensual, \$ _____ Semi mensual, \$ _____ Mensual, \$ _____
 No pagado Otros, explique con detalle:

26. A. ¿Ha trabajado el Empleado por al menos 30 días dentro de un año desde el comienzo del empleo para el mismo Empleador?
 Sí No, el reclamante no está sujeto al tiempo de enfermedad pagado de la Ciudad.
B. ¿Ha pasado por lo menos 90 días desde el comienzo del empleo?
 Sí No, el reclamante no está sujeto al tiempo de enfermedad pagado de la Ciudad.
C. ¿Cómo se le proporciona al Empleado el tiempo de enfermedad pagado? Método de Carga Frontal Método de Acumulación No lo sé Ninguna
D. Indique el número de horas de enfermedad que el Empleado recibe **anualmente**: _____ horas
E. Si el Empleado tiene acceso a cualquier otro tiempo libre pagado (vacaciones, PTO, día festivo flotante, día festivo, día personal, etc.), indique el número total de horas que el Empleado recibe anualmente: _____ horas

SECCIÓN IV: HORAS LABORALES

27. ¿El Empleado tiene un horario de trabajo regular cada semana?
 Sí, pase a la pregunta 28. No, pase a la pregunta 29.

28. Horas de Trabajo Regulares:
A. ¿Cuántas horas trabaja el Empleado por semana, en promedio? _____
B. Por favor describa mejor las horas y días laborales regulares del Empleado abajo.

| Semana de Muestra | Tiempo de Inicio | Tiempo Final | Horas Trabajadas (Deducir cualquier horario no laboral) |
|-------------------|------------------|--------------|--|
| Día 1 | | | |
| Día 2 | | | |
| Día 3 | | | |
| Día 4 | | | |
| Día 5 | | | |
| Día 6 | | | |
| Día 7 | | | |

29. Horas de Trabajo Irregulares: por favor explique con detalle y llene la tabla abajo. Adjunte hojas separadas si es necesario.

| Periodo de Reclamo | | Horas Trabajadas | Salario Horario | Comisiones | Tarea/Sueldo por Pieza | Subtotal |
|--------------------|-------------|------------------|-----------------|------------|------------------------|----------|
| Fecha de Inicio | Fecha Final | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

30. ¿Se ha pagado al Empleado por todas las horas trabajadas dentro de los [límites geográficos de la Ciudad](#)?
 Sí No, explique:

31. ¿Tiene el empleado algún documento para sustanciar el reclamo? Por favor, seleccione todas las que se apliquen y adjunte copias si están disponibles.
 Registros horarios Copias de talones de pago Cheques cancelados Copia de la póliza de tiempo de enfermedad del Empleador
 Otros, especifique:

32. Comentario Adicional:

SECCIÓN V: FIRMA

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información que he proporcionado es verdadera a lo mejor de mi conocimiento.

Firma Nombre Fecha