



GUÍA DE FORMULARIO DE RECLAMO DE LA ORDENANZA DE SEMANA LABORAL JUSTA (Fair Work Week Ordinance, FWWO)



Por favor utilice esta guía como ayuda para completar el Formulario de Admisión de Reclamo de la FWWO. Si no puede contestar todas las preguntas en el formulario, todavía puede someterlo a la Oficina de Normas de Salario (Office of Wage Standards, OWS). Sin embargo, formularios incompletos pueden afectar el tiempo de procesamiento de su reclamo.

LISTA DE CONTROL DE RECLAMO

Elegibilidad (A-E): La Lista de Control de Reclamo se utiliza para determinar la elegibilidad del Empleado para presentar un reclamo válido a la OWS. Los Empleados que sientan que sus derechos bajo la FWWO han sido violados deben: (1) haber realizado por lo menos dos (2) horas de trabajo en cualquier semana en particular dentro de los límites geográficos de la Ciudad de Los Ángeles; (2) ser empleado de un negocio minorista con 300 o más empleados en todo el mundo; y (3) haber dado a su Empleador 15 días naturales para tomar medidas sobre una [Notificación para Subsanar](#), y su Empleador no ha tomado ninguna medida para subsanar la(s) violación(es) alegada(s).

Para comprobar si su lugar de trabajo 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 de Los Ángeles, debe mostrarse información relativa a esa dirección. Si no se muestra ninguna información, es posible que la dirección no está dentro de la Ciudad de Los Ángeles.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

- **Información Personal (1-3):** Ingrese su nombre e información de contacto. Por favor proporcione más de un número de teléfono donde la OWS puede comunicarse con usted en caso de que se requiera información adicional para procesar su reclamo. Si está rellenando el formulario para el Empleado, por favor asegúrese de que la información del Empleado sea completa y precisa.
- **Estatus de Empleo y Servicios de Interpretación (4-5):** Indique su estatus de empleo actual (trabajando para el Empleador por cual está presentando un reclamo en contra, resignado, o despedido). Si usted no es el Empleado, proporcione una breve explicación de quién es usted y su relación con el Empleado. Si necesita un intérprete, indique el idioma.
- **Tipo de Reclamo (6):** Describa la naturaleza de su reclamo al marcar todas las casillas aplicables o escribiendo una descripción.
- **Difusión de Información (7):** Indique el método por el que se enteró de la OWS o de la FWWO.

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (RECLAMO EN CONTRA)

- **Información de Contacto del Empleador (8-11):** 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 trabajó dentro de la Ciudad de Los Ángeles. Si ambas ubicaciones son iguales, puede indicar que son la misma ubicación o dejar en blanco la dirección de trabajo del empleado.
- **Descripción de la Empresa e Información de Gestión (12-16):** Describa el negocio del Empleador (por ejemplo, ferretería, grandes almacenes, tienda de comestibles, etc.), indique los nombres de sus gerentes o supervisores y proporcione su mejor estimación del número de empleados que trabajan para el negocio.

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DE EMPLEO

- **Información de Empleo (17-20):** Ingrese la fecha en que fue contratado por su Empleador. Indique su título de trabajo o la descripción de puesto y el salario que le pagaron durante el tiempo en que usted declara que el Empleador no cumplió la FWWO. Indique si el trabajo era a tiempo completo, a tiempo parcial, temporal, etc. La Ordenanza de Semana Laboral Justa de la Ciudad de Los Ángeles tomó efecto el 1 de abril de 2023. Si su reclamo es por un periodo de tiempo anterior a esta fecha, por favor comuníquese con la División de Cumplimiento de Normas Laborales (Division of Labor Standards Enforcement, DLSE) (www.dir.ca.gov/dlse).
- **Semana de Trabajo del Empleado (21-23):** Indique el número de horas que trabaja de media por semana laboral. Indique si tiene un Horario de Trabajo regular cada semana. Por favor describa su Horario de Trabajo regular completando el cuadro de semana laboral de muestra. Por ejemplo, si su turno es de 8:00 AM a 4:30 PM con un descanso para comer de 30 minutos no pagado, escriba la Hora de Entrada como 8:00 AM, la Hora de Salida como 4:30 PM, y las Horas Trabajadas como 8. Asegúrese de deducir cualquier descanso para comer no pagado de las Horas Trabajadas.
- **Gestión del Horario (24-27):** Indique el nombre de la(s) persona(s) encargada(s) de hacer su Horario de Trabajo y de supervisar su trabajo. Indique cuándo recibe normalmente un nuevo Horario de Trabajo para el siguiente Período de Trabajo. Por ejemplo, si hoy es 1 de marzo y usted recibe el próximo Horario de Trabajo para la semana que comienza el 15 de marzo, escriba dos (2) semanas para la Pregunta #25. Indique el método por el cual recibe un nuevo Horario de Trabajo y si es responsable de registrar la hora de inicio y fin de cada día de trabajo.
- **Documentos y Comentarios Adicionales (28-29):** Por favor incluya todos los documentos que nos ayudarán a investigar su reclamo. Describa cualquier otra documentación de apoyo que ayudara a evaluar su reclamo y adjunte copias si están disponibles.

SECCIÓN IV: FIRMA

- **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 SEMANA LABORAL JUSTA (Fair Work Week Ordinance, FWWO)

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.



Por favor, rellene toda la información posible según su leal saber.

LISTA DE CONTROL DE RECLAMO

- A. ¿Ha trabajado el Empleado por lo menos dos (2) horas en cualquier semana dentro de los límites geográficos de la Ciudad de Los Ángeles?
 Sí No (*Este reclamo puede no estar dentro de la jurisdicción de la Ciudad de Los Ángeles*) No está seguro
- B. ¿Es el Empleado un trabajador de un Empleador minorista que tiene más de 300 empleados en todo el mundo?
 Sí No (*Este reclamo puede no estar dentro de la jurisdicción de la Ciudad de Los Ángeles*) No está seguro
- C. ¿El Empleado le ha dado al Empleador una [Notificación para Subsananar](#)?
 Sí (*Por favor, adjunte la Notificación para Subsananar y cualquier correspondencia con el Empleador*) No (*Por favor, consulte el [proceso de Notificación para Subsananar](#) antes de presentar un reclamo ante la OWS*)
- D. ¿Han transcurrido 15 días naturales desde que se proporcionó la Notificación para Subsananar al Empleador?
 Sí No (*Por favor, consulte el proceso de Notificación para Subsananar antes de presentar un reclamo ante la OWS*)
- E. ¿Ha tomado el Empleador alguna medida para corregir el problema?
 Sí No

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, explique (por ejemplo, organización de abogacía, abogado, miembro de la familia, etc.):			
5. ¿Necesita el Empleado un intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, indique el idioma:			
6. Marque todas que aplican:			Sección del LAMC
<input type="checkbox"/> El Empleador falló proporcionar una Estimación de Buena Fe del Horario de Trabajo del Empleado			185.02
<input type="checkbox"/> El Empleador denegó la solicitud del Empleado de cambios en su Horario de Trabajo sin proporcionar una notificación por escrito por la razón de la denegación			185.03
<input type="checkbox"/> El Empleador falló proporcionar al Empleado una notificación por escrito del Horario de Trabajo al menos 14 días naturales antes del inicio del Período de Trabajo			185.04(A)
<input type="checkbox"/> El Empleador falló proporcionar al Empleado una notificación por escrito de cambios del Horario de Trabajo			185.04(B)
<input type="checkbox"/> El Empleador falló ofrecer horas de trabajo adicionales a los Empleados actuales antes de contratar a nuevos trabajadores			185.05
<input type="checkbox"/> El Empleador falló compensar al Empleado con el Pago de Previsibilidad			185.06
<input type="checkbox"/> El Empleador requirió al Empleado a encontrar cobertura por faltar un turno de trabajo (o un turno parcial) cuando el Empleado no pudo trabajar por razones protegidas por otras leyes			185.07
<input type="checkbox"/> El Empleador falló obtener el consentimiento por escrito del Empleado para trabajar un turno de trabajo no separado por al menos diez (10) horas			185.08
<input type="checkbox"/> El Empleador falló compensar al Empleado con una prima de tiempo y medio por trabajar un turno no separado por al menos diez (10) horas del turno previo			185.08
<input type="checkbox"/> El Empleador falló cumplir con los requisitos de notificación y publicación de la FWWO			185.11 188.03(A)
<input type="checkbox"/> Represalias, explique:			
<input type="checkbox"/> Otros, por favor especifique:			
7. ¿Cómo se enteró de nosotros, la Oficina de Normas de Salario? (Noticias, anuncio, sitio web, radio, cartel en el lugar de trabajo, etc.)			



FORMULARIO DE RECLAMO DE LA ORDENANZA DE SEMANA LABORAL JUSTA (Fair Work Week Ordinance, FWWO)

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.



29. Comentarios Adicionales:

SECCIÓN IV: 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