

Kim Reynolds, Governor  
Adam Gregg, Lt. Governor  
Michael A. Mauro, Labor Commissioner



Smart. Results.

### Division of Labor

### IMPORTANTE - LEA CON CUIDADO

La División de 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 en esta oficina.**

Division of Labor  
1000 East Grand Avenue  
Des Moines, IA 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 se 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 de llenar el formulario en su totalidad y detalladamente. En caso de que su patrón le pague parte o el total de los salarios después de haber entregado su Formulario de Reclamación de Salarios, tendrá un plazo de tres días para notificar esta oficina de haber recibido el pago del patrón.

También le informamos que una vez que esta oficina reciba y acepte su Formulario de Reclamación de Salarios, se le enviara una carta a su patrón. En esa carta, se le dará al patrón 14 días para responder con información y documentación. Si el patrón nos proporciona con una respuesta por escrito, nos pondremos en contacto con usted. Si el patrón no responde, esperaremos un lapso total de 14 días antes de seguir adelante o antes de comunicarnos.

**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 las vacaciones de acuerdo con la política de la compañía, o con el acuerdo entre usted y el patrón.

**INDEMNIZACION POR DESPIDO, REPARTO DE UTILIDADES O PLANES DE PENSION:** 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 (U. S. Department of Labor Pension & Welfare Benefits Administration) al 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 patrón, 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 de ponerse en contacto con el Departamento Laboral de Estados Unidos (U.S. Department of Labor) al 210 Walnut, Des Moines, IA 50309. El número de teléfono es (515) 284-4625.

**\*Por favor, complete la hoja de reclamación de salarios en la parte posterior de esta carta.**

Iowa Division of Labor | Wage Enforcement  
1000 East Grand Avenue | Des Moines, Iowa 50319-0209 | Phone: 515-725-5619 | Fax: 515-725-4111  
[www.iowawage.gov](http://www.iowawage.gov) | [wage@iwd.iowa.gov](mailto:wage@iwd.iowa.gov)

Equal Opportunity Employer/Program  
Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities.  
For deaf and hard of hearing, use Relay 711.



# HOJA DE TRABAJO DE LA RECLAMACION DE SALARIOS

Docket # \_\_\_\_\_  
(Division of Labor Entry)

Empleador: \_\_\_\_\_

SUELDOS O SALARIOS					
Periodo de Paga	Horas Trabajadas	Pago por Hora	Cantidad que se le Debe	Cantidad Pagada	Cantidad No Pagada
Totales					

Reembolsos		Deducciones No Autorizadas		Otro	
Fecha	Sin ser Pagados	Fecha	Cantidad	Fecha	Cantidad
Total		Total		Total	

Cantidad Total \$: \_\_\_\_\_

**Yo certifico que la información que he proporcionado es verídica conforme a mi mejor saber y entender.**

Nombre Imprimido: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# RECLAMACION DE SALARIOS

Iowa Workforce Development, Division of Labor  
1000 East Grand Avenue  
Des Moines, IA 50319-0209

Sólo Para Uso de la Oficina (For Office Use Only)

Para el reclamante

Wage Claim Number \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Assignment \_\_\_\_\_

Información del Reclamante				Por favor llene toda la información complete y detalladamente			Información de la Compañía		
Marque uno: MR. MS.		Nombre y Apellido		Nombre de la Compañía					
Dirección						Dirección de la Compañía			
Ciudad		Estado	Código Postal	Ciudad		Estado	Código Postal		
Fecha de Nacimiento		Teléfono:				Nombre del Propietario			
Correo Electrónico				Tipo de Negocio		Teléfono			
Nombre, Dirección, Teléfono de la persona mediante la cual podemos localizarlo en todo momento						Nombre y Dirección del Banco			
Nombre y Apellido		Teléfono				Nombre del Banco			
Dirección						Dirección			
Ciudad		Estado	Código Postal	Ciudad		Estado	Código Postal		

## Wages Claimed

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

2. Mi reclamo es por lo siguiente: (marque la(s) caja(s) que se aplican a su caso y proporcione la información por cada una).

**Sueldo Mínimo**

**Incumplimiento de Sueldos y/o Salarios**

Si se trata de salario, ¿En que fechas no le pagaron su salario o no le pagaron lo suficiente? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

Sueldos: Total número de horas trabajadas y sin ser pagadas o no le pagaron lo suficiente \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ por hora

Salarios: Total número de semanas trabajadas y sin ser pagadas o no le pagaron lo suficiente \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ por semana

**Comisiones que no han sido pagados**

Si estaba en comisión, que porcentaje debería de haber recibido \_\_\_\_\_ %

Ventas totales, servicios, etc... proveídos por los cuales no le pagaron su comisión (no deduzca los impuestos ni el seguro social) \$ \_\_\_\_\_

¿Qué fecha acordó usted con la compañía que sería su fecha de pago? Explique detalladamente: \_\_\_\_\_

Trabajo por comisiones no pagadas fueron trabajadas durante las siguientes fechas: \_\_\_\_\_

**Comisiones que no han sido pagados**

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

La deducción fue hecha en lo siguiente: Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ o Periodo de Pago \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

**Pago de Vacaciones**

¿Cuál es el reglamento de la compañía en cuanto a pagar las vacaciones o el tiempo personal al terminar de trabajar con la compañía?

Explique con detalle: \_\_\_\_\_

**Bonos**

Expliqué con detalle: \_\_\_\_\_

**Otro(s)**

El reclamo no está incluido en las opciones proveídas y/o hay información adicional que debe de ser incluida. Expliqué con detalle: \_\_\_\_\_

Ver el Revés

## ACUERDO DE TRABAJO

3. ¿Quién lo contrato? \_\_\_\_\_
4. ¿Quién era su supervisor inmediato? \_\_\_\_\_
5. ¿Qué tipo de trabajo hacía? \_\_\_\_\_
6. ¿El trabajo se hizo en Iowa?  Sí  No
7. ¿En qué fecha empezó a trabajar? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mm dd yr
8. ¿En qué fecha termino de trabajar? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mm dd yr
9. Acuerdo de Pago:  Oral  Contrato  Póliza de Trabajo
10. Acuerdo de Pago: \_\_\_\_\_ Por Hora  Por Semana  Por Mes Otro (Explique): \_\_\_\_\_
11. Frecuencia de Pago: \_\_\_\_\_ Por Semana  Por Quincena  Por Mes Otro (Explique): \_\_\_\_\_
12. ¿Cómo le pagaban?  Cheque  En Efectivo  Otro (Explique): \_\_\_\_\_
13. El empleo fue terminado porque: Renuncio:  Sí  No Lo despidieron:  Sí  No
14. ¿Ha solicitado el seguro de desempleo desde la salida de este empleador?  Sí  No
15. ¿El empleador todavía se encuentra en el mismo negocio?  Sí  No Si no es así, explique detalladamente: \_\_\_\_\_
16. ¿La compañía le dedujo el seguro social y los impuestos retenidos?  Sí  No  
Si no, explique con detalle porque y adjunte un copia: \_\_\_\_\_
17. ¿Firmo alguna autorización para otras deducciones?  Sí  No  
Si sí, explique y adjunte una copia de la explicación. \_\_\_\_\_
18. ¿La compañía le fijo horas regulares de trabajo?  Sí  No
19. ¿Tiene usted un contrato con el sindicato?  Sí  No  
Si es así, comuníquese con el representante del sindicato antes de entregar esta reclamación a la División Laboral.
20. ¿Ha contratado a un abogado ó hecho una demanda legal referente a este asunto?  Sí  No  
Si es así, 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 cual hizo la demanda.

Nombre y Apellido

Teléfono

Nombre del Condado

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

21. ¿Está dispuesto a comparecer y atestiguar en el Tribunal?  Sí  No

Si contesto que no, sírvase a explicar la razón. \_\_\_\_\_

**Asegúrese de que su seguro social este escrito en la primera página, en la parte izquierda y arriba de esta aplicación.**

### DECLARACIÓN JURADA, ASIGNACIÓN, 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 al 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 aceptara mi reclamación, y tampoco existe ninguna garantía de que el Comisionado podrá cobrar la cantidad de la reclamación.

Firma del Reclamante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

