División de Trabajo de Iowa
Pago de salarios y colección
150 Des Moines Street
Des Moines, IA 50309-1836
Teléfono: 515-725-5619
Fax: 515-725-4123
www.iowawage.gov
wage@iwd.iowa.gov

Reclamo Salarial
Información e Instrucciones

El formulario de Reclamo de Salarios debe completarse con los detalles necesarios para respaldar su reclamo. Si su reclamo no tiene el salario total no pagado, un reclamo de salario completo, número de seguro social y firma, será devuelto.

Proceso de reclamo salarial

Después de que su reclamo de salario sea recibido y aceptado, le pediremos información al empleador. Podemos contactarlo para obtener información adicional. Cuando se complete la investigación, determinaremos si su reclamo es exigible. Si el reclamo es exigible, informaremos al empleador. Si es necesario, tomaremos el reclamo de salario al tribunal de reclamos menores y luego intentaremos cobrar el fallo.

Vacaciones

Solo tiene derecho al pago de vacaciones si es debido según una política o acuerdo con el empleador.

Beneficios de salud, participación en los beneficios o planes de pensión

Si su reclamo es por beneficios de salud, participación en los beneficios o planes de pensión, comuníquese con el Departamento de Trabajo de los EE. UU. En www.dol.gov/agencies/ebsa o 866-444-3272

Trabajando horas extra

Si su reclamo es por no pagar horas extras, comuníquese con el Departamento de Trabajo de los EE. UU. En www.dol.gov/whd o 515-284-4625.

Reclamaciones rechazadas

No podemos aceptar un reclamo si:

- la cantidad de dinero que se le debe excede los $6,500.00
- el trabajo no se hizo en Iowa
- el trabajo se realizó hace más de un año

Si su empleador le paga una parte o la totalidad de su salario después de haber presentado su reclamo salarial, notifique a la División de Trabajo de Iowa dentro de los tres días posteriores al pago.

Presente una hoja de trabajo de reclamo de salarios y reclamos de salarios completa junto con los documentos de respaldo (comprobantes de pago, políticas del empleador, hojas de asistencia, etc.).

Al presentar un reclamo de salario, usted otorga control exclusivo de su reclamo salarial al investigador asignado.

Empleador / programa con igualdad de oportunidades
Los auxiliares y servicios auxiliares están disponibles bajo petición para personas con discapacidades.
Para personas sordas o con problemas de audición, use el Relé 711.

División de Trabajo de Iowa
150 Des Moines Street
Des Moines, IA 50309-1836
Teléfono: 515-725-5619
Fax: 515-725-4123
www.iowawage.gov
wage@iwd.iowa.gov

Reclamo salarial

FOR OFFICE USE ONLY
Claim #: _____
Investigator: _____

Número de seguro social del reclamante: _____

Parte 1 - Información del reclamante

☐ Sr. ☐ Sra.	Nombre	Segundo nombre	Apellido
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Teléfono de casa	Teléfono móvil	correo electrónico

Parte 2: a quién podemos contactar si no puede ser contactado

Nombre	Apellido	Número de teléfono	correo electrónico

Parte 3 - Información del empleador

Nombre del Negocio	Tipo de negocio	Número de teléfono	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Zip
Banco utilizado para la nómina	Dirección	Ciudad	Estado / Zip

El empleador todavía está en el mismo negocio:
☐ Sí ☐ No, explica:

Parte 4 - Acuerdo de empleo

Fui contratado por	Tipo de trabajo realizado	
Supervisor directo	Número de teléfono del supervisor	Correo electrónico del supervisor
El trabajo realizado fue en Iowa: ☐ Si ☐ No	Fecha de inicio de empleo	Fecha de finalización del empleo	Mi empleador estableció mis horas de trabajo regulares: ☐ Si ☐ No

Acuerdo de Pago
☐ Oral ☐ Contrato (proporcionar copia)

Tasa de pago: $ _____ Por: ☐ Hora ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual
Otro:

Forma de pago:
☐ Cheque ☐ Efectivo ☐ Otro: _____

Estaba cubierto por un contrato sindical: ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, comuníquese con su representante sindical antes de presentar este reclamo

Firmé la autorización para otras deducciones: ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo explicar:

El empleador dedujo la seguridad social y los impuestos en la fuente:
☐ Si ☐ No, explica:

Parte 5 - Motivo de dejar el empleo

☐ Renuncie ☐ Me dieron de alta ☐ Todavía trabajo para este empleador
Explicación detallada:

Parte 6 - Abogado

He contratado a un abogado o presentado una demanda con respecto a este asunto: ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, comuníquese con su abogado antes de presentar este reclamo y complete la información a continuación

Nombre del Abogado	Número de teléfono	Correo electrónico	Condado donde se archiva la demanda

Estoy dispuesto a testificar ante el tribunal: ☐ Sí ☐ No, explique:

Hoja de trabajo de reclamo salarial

No deduzca los impuestos o la seguridad social

Mi reclamo se basa en (si una cantidad no está en deuda, ponga N / A para el total):

Salarios no pagados | salario - Total: $_____

Fechas de pago	Horas trabajadas	Tarifa de pago	Cantidad adeudada	Cantidad Pagada	Cantidad pagada
		$	$	$	$
		$	$	$	$
		$	$	$	$
		$	$	$	$
		$	$	$	$
		$	$	$	$

Comisiones no pagadas – Total: $_____

Fecha	Ventas totales	Detalles	Cantidad no pagada
	$		$
	$		$
	$		$
	$		$

Acuerdo del empleador para el tiempo de pago:

Deducciones ilegales - Total: $_____

Periodo de pago	Explicación	Cantidad deducido
		$
		$
		$
		$

Vacaciones | Tiempo libre personal | Bonificación - Total$_____

Fecha	Razón	Cantidad no pagada
		$

Otro – Total: $_____

Fecha	Razón	Cantidad no pagada
		$
		$
		$
		$

Employer Name:_____ Total Unpaid Wages: $_____

Certifico que la información en este formulario y los archivos adjuntos (si corresponde) es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Asigno en fideicomiso este reclamo y todas las penalidades acumuladas por falta de pago y gravámenes que los aseguran, al Comisionado Laboral. Esta asignación entrará en vigencia una vez que el Comisionado Laboral determine que tengo un reclamo exigible. Autorizo al Comisionado Laboral a resolver este reclamo. Autorizo al Comisionado Laboral a recibir el pago de este reclamo, y autorizo que se me envíe dicho pago a menos que haya hecho un acuerdo diferente con el Comisionado Laboral.

Entiendo que debo cooperar según lo requiera el Comisionado Laboral y que es mi responsabilidad proporcionar suficiente información para probar el reclamo debido. Entiendo que no hay garantía de que el Comisionado Laboral acepte mi reclamo y se haga cargo de él.

Nombre por escrito **Firma** **Fecha**