

NJ Dept. of Labor & Workforce Development  
Division of Wage and Hour Compliance  
PO Box 389  
Trenton, NJ 08625-0389

Tel: (609) 292-2305  
Fax: (609) 695-1174  
[wage.hour@dol.nj.gov](mailto:wage.hour@dol.nj.gov)

**OFFICIAL USE ONLY:**

Claim# \_\_\_\_\_ Empl# \_\_\_\_\_  
Field \_\_\_ IBM \_\_\_ WC \_\_\_ No Jurisdiction \_\_\_  
Field Rpt# \_\_\_\_\_  
Case# \_\_\_\_\_

**RECLAMO DE SALARIO**

Todos los trabajadores, incluyendo a los indocumentados, tienen el derecho de ser pagados por su trabajo. La Oficina de Asuntos Salariales (Division of Wage and Hour Compliance) no investiga la condición legal de ningún trabajador. Aplicamos las leyes laborales de Nueva Jersey de una forma equitativa para todos los trabajadores, independientemente de su condición legal. No compartimos información con el Departamento de «Inmigración».

**Instrucciones:** Usted puede presentar un reclamo por salarios no pagados por Internet o por correo.

Para presentar un reclamo por salarios no pagados por Internet visite [www.nj.gov/labor](http://www.nj.gov/labor), haga clic en «Wage & Hour» (Asuntos Salariales) y después en «File a Wage Claim» (Presentar un reclamo por salarios no pagados). Cuando usted presente el reclamo por Internet se le dará la opción de anexar documentos que apoyen su reclamo.

Para presentar su reclamo por correo regular, llene ambos lados de este formulario y conteste todas las preguntas. Escriba a máquina o a mano de manera legible. Anexe una fotocopia de su último cheque de pago y su Forma W-2 si los tiene. Anexe cualquier otro documento o documentos que apoyen su reclamo. Envíe todos los documentos por correo regular a la dirección en la parte superior de esta página o por fax.

**Reclamo anónimo:** Bajo La Ley de Documentos Abiertos al Público de Nueva Jersey (OPRA, por sus siglas en inglés), un empleador tiene el derecho de pedir toda la información en este reclamo. Sin embargo, procuraremos proteger la identidad de un reclamante o testigo en la medida máxima permitida por ley. Usted puede presentar un reclamo anónimo si desea pero, si lo hace, ni usted ni nadie más recibirá ninguna información sobre el reclamo. Para presentar un reclamo anónimo, escriba «ANÓNIMO» en la sección para el empleado de este formulario y deje la dirección en blanco. Sin revelar detalles personales, provea tanta información como sea posible sobre el empleador y la razón por la cual está presentando el reclamo. Envíe su reclamo por correo regular o por fax.

**Información sobre el empleado**

<b>1.</b> Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre	<b>3.</b> Número de teléfono
			(       )
<b>2.</b> Dirección postal	Piso / Apart. Nro.		<b>4.</b> Número de teléfono alternativo
			(       )
Ciudad	Estado	Código postal	<b>5.</b> Número de seguro social ( <i>si prefiere, déjelo en blanco</i> )
<b>6.</b> ¿Es una tercera parte ( <i>como un abogado o una agencia o entidad de servicios legales</i> ) quien presenta este reclamo actuando en calidad de su agente o representante? Sí                      Si su respuesta es afirmativa, responda los puntos 7 al 11. No                      Si es negativa, salte al punto #12.			
<b>7.</b> Nombre de la persona, agencia u organismo de servicio			<b>9.</b> Número de teléfono de la Tercera parte
			(       )
<b>8.</b> Dirección postal			<b>10.</b> Número de fax
			(       )
Ciudad	Estado	Código postal	<b>11.</b> Correo electrónico

**Información sobre el empleo**

<b>12.</b> Nombre de la compañía				<b>15.</b> Número de teléfono
				(       )
<b>13.</b> Dirección física de la compañía especificando la <u>calle</u> ( <i>no un apartado postal, P.O. Box</i> )				<b>16.</b> Número de fax
				(       )
Ciudad	Estado	Código postal	Condado	<b>17.</b> Correo electrónico
<b>14.</b> Dirección postal de la compañía ( <i>si es diferente a la dirección física</i> )				<b>18.</b> Nombre y cargo de la persona de contacto
Ciudad	Estado	Código postal		<b>19.</b> Número de teléfono de la persona de contacto
				(       )

**Información sobre el empleo**

<b>20.</b> Primer día que trabajó	<b>21.</b> Último día que trabajó	<b>22.</b> Tarifa de Pago ( <i>Antes de Impuestos</i> ) Por Hora: \$ _____ Por Semana: \$ _____ Otro: \$ _____							
<b>23.</b> Ocupación / cargo laboral:	<b>24.</b> Principales responsabilidades del puesto:								
<b>25.</b> ¿Todavía trabaja para este empleador? Sí No Razón: _____									
<b>26.</b> ¿Trabajó en la dirección de la compañía indicada en el punto #13? Sí No ¿Dónde realmente realizaba el trabajo?  <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%; border-bottom: 1px solid black;">Dirección física</td> <td style="width:16%; border-bottom: 1px solid black;">Ciudad</td> <td style="width:16%; border-bottom: 1px solid black;">Estado</td> <td style="width:16%; border-bottom: 1px solid black;">Código postal</td> <td style="width:19%; border-bottom: 1px solid black;">Condado</td> </tr> </table>					Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Condado					
<b>27.</b> Empleador Copropietario ( <i>como una compañía de arrendamiento o cualquier otro individuo o negocio que pueda ser responsable por su salario no pagado</i> )									
<b>28.</b> Dirección Postal de Empleador Copropietario		Ciudad	Estado	Código postal      Número de teléfono					

**Detalles del Reclamo**

**29. Marque la(s) razón/razones por la que está presentando este reclamo.**

Salario no pagado	Vacaciones o Día Feriado no pagado	Ultimo cheque de pago no pagado
Horas extras no pagadas	Comisiones, Prestaciones o Pago de Bonos no pagados	Faltante o Deducciones del cheque de pago
Pago por Menos del Salario Mínimo	Licencia Pagada por Enfermedad	Clasificado incorrectamente como contratista independiente (mientras trabajaba en la industria de construcción)
Cheque de pago rebotado o Imposible de cambiar	Costo de Uniformes de la compañía y/o equipos descontados del cheque de pago	Otra (explique abajo)

**Explique por qué usted considera que el empleador le debe por salarios no pagados. Enumere las fechas y las horas por las cuales que usted considera que se le debe pago.** *Si es necesario, anexe hojas adicionales.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Cuál es la cantidad total de salario (antes de impuestos) que usted considera que el empleador le debe?**  
*(Si no está seguro, indique un estimado.)* \$ \_\_\_\_\_

**30.** ¿Le ha solicitado al empleador el dinero que usted considera que le debe?  
Sí      Nombre y cargo de la persona a quien se lo solicitó: \_\_\_\_\_  
No

**31.** Reconozco que, bajo La Ley de Documentos Abiertos al Público de Nueva Jersey (OPRA, por sus siglas en inglés), un empleador tiene el derecho de pedir toda la información en este reclamo. Sin embargo, procuraremos proteger la identidad de un reclamante o testigo en la medida máxima permitida por ley. *(Si está presentando una reclamo anónimo, no es necesario que firme abajo.)*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián (*necesaria si el reclamante es menor de 18 años de edad*)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted es menor de 18, indique su edad \_\_\_\_\_ y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Por favor adjunte los siguientes documentos, si los tiene:**

- una copia de su último cheque de pago y el formulario W-2
- copias del/de los cheque(s) de pago rebotado(s)
- cualquier otro documento que sustente su reclamo