



INFORMACIÓN SOBRE RECLAMOS SALARIALES

COMISIÓN DE LA FUERZA LABORAL DE TEXAS
DEPARTAMENTO DE SALARIO Y HORA

This form is available in English.

¡AVISO IMPORTANTE! COMPLETE TODO EL FORMULARIO.

Al Firmar, Esta Declarando Que Su Reclamo Es Verdad Baja Pena De Perjurio Información Para Tener En Cuenta Antes De Abrir Un Reclamo Salarial

Complete y envíe su reclamo salarial por correo a:

Comisión de La Fuerza Laboral de Texas, Departamento de Salario y Hora
101 E. 15th St. Room 514
Austin, TX 78778-0001

o

Por fax al:

512-524-6211

Si Ud. se considera perjudicado/a en sus derechos bajo la ley de salarios atrasados, podrá abrir un reclamo salarial por escrito. Se le advierte que no se podrá aceptar un reclamo salarial en los casos a continuación:

- Si Ud. no ha llenado su reclamo salarial en forma **completa, forma, clara y precisa**. El reclamo deberá señalar cada tipo de salario atrasado que se reclama y la forma en que Ud. calculó lo que se le debe. Si la información en su reclamo salarial es insuficiente para contactar al empleador, su reclamo será denegado.
- Si su reclamo salarial **no tiene su firma ni consta de una declaración de que la información es verdadera, bajo pena de perjurio**.
- Si Ud. trabajaba como **"contratista independiente"** y no como "empleado/a" de la empresa en cuestión. *(Si no está seguro, presente su reclamo y nosotros determinaremos si usted era contratista independiente o empleado.)*
- Si Ud. era **empleado/a de algún pariente próximo** (por ejemplo, madre, abuelo o suegro). *(Si no está seguro, presente su reclamo y nosotros examinaremos las circunstancias.)*
- Si su empleador ha **solicitado una declaración de quiebra**. *(Si no está seguro, presente su reclamo, pero es posible que deba presentar una prueba del reclamo directamente ante el Tribunal de Quiebras.)*
- Si Ud. Era **empleado/a del gobierno federal, del estado o de una subdivisión política del estado**.
- Si sus salarios están sujetos a un **arbitraje vinculante o convenio colectivo o contrato**. *(Si no está seguro, presente un reclamo e incluya el acuerdo o contrato y nosotros examinaremos las circunstancias)*
- Si reclamo de salarios se presenta **después de los 180 días** posteriores a la fecha en que debían pagarle los salario impagos. *(Si no está seguro, presente un reclamo e incluya el acuerdo o contrato y nosotros examinaremos las circunstancias)*
- Si su reclamo salarial es para períodos de pago posteriores. Puede modificar la presente reclamación previa antes de la orden de determinación de los salarios preliminares. **No presente otro reclamo salarial.**
- Si Ud. Presenta un reclamo contra más de un empleador en un solo formulario. Deberá usar un formulario de reclamo salarial por cada empleador.
- Su reclamo salarial es por **gastos, reembolsos, o asignaciones de automóvil**.

Si necesita ayuda, llame al 800-832-9243, 512-475-2670 o al servicio TDD (discapacidades auditivas) al 800-735-2989.

Favor de adjuntar copia de su cheque o talón de cheque salarial más reciente. Para horas ordinarias y horas extras, favor de adjuntar un análisis detallado de días y horas de trabajo o favor de completar la hoja de asistencia adjunta. Ud. es responsable de **avisar inmediatamente y por escrito a Departamento de Salario y Hora** en caso de cualquier cambio de domicilio o número telefónico. Si no podemos comunicarnos con Ud., se reducirán sus probabilidades de cobrar un salario atrasado.

Muchas veces es posible resolver problemas salariales hablándolo con el empleador. Para más información visite nuestra página de internet <https://twc.texas.gov/jobseekers/how-submit-wage-claim-under-texas-payday-law>. Antes de abrir un reclamo de salario atrasado, podría valer la pena señalarle a su empleador ciertas disposiciones de la Ley Texana de Salarios Atrasados. El Título 2, Capítulo 61 del Código Laboral de Texas dispone lo siguiente:

1. Si Ud. No está sujeto/a a las disposiciones sobre pago por horas extras de la Ley de Normas Laborales Justas (Fair Labor Standards Act), su empleador deberá pagarle su salario por lo menos una vez al mes. A todos los demás empleados se les deberá pagar por lo menos dos veces al mes.
2. Si falta al trabajo el día de pago, tiene derecho a que le paguen su salario, a su pedido, en un día hábil regular.
3. Si deja el trabajo por un motivo que no sea despido, su empleador tendrá que pagarle íntegramente en el próximo día regular de pago a más tardar.
4. Si queda despedido/a, su empleador tendrá que pagarle íntegramente dentro de los seis días del despido.
5. Las bonificaciones o el salario a base de comisiones deberán pagarse oportunamente, de conformidad con los términos del acuerdo que se haya celebrado entre el empleado y el empleador.
6. Ud. Puede tener derecho a un salario atrasado en concepto de beneficios adicionales no aprovechados (vacaciones o días feriados, permiso por enfermedad, permiso para el cuidado de hijos menores o indemnización por despido), únicamente cuando el empleador otorgue dichos beneficios mediante una política o acuerdo que conste por escrito.
7. El empleador podrá retenerle su salario únicamente cuando:
 - a. se lo ordene un tribunal;
 - b. así se lo autorice una ley estatal o federal (por ejemplo, impuestos sobre los salarios); o
 - c. el empleador cuente con la autorización por escrito de Ud. Para hacer tales deducciones.

EL TITULO 2, CAPITULO 61 DEL CÓDIGO LABORAL DE TEXAS DISPONE SANCIONES POR RECLAMOS SALARIALES PRESENTADOS DE MALA FE.

Formulario Adjunto de Reclamo Salarial

Con respecto a la pregunta #12 en el siguiente formulario de Reclamo de salario, incluya un desglose de las horas trabajadas por semana.

Instrucciones:

Ingrese la fecha del día de comienzo de la primera semana de trabajo

Ingrese el horario de inicio del primer día en la tarjeta de asistencia

- o Ingrese la hora de inicio en el columna Hora
- o Ingrese los minutos en el columna Min
- o Ingrese AM o PM en el columna AM/PM

Ejemplo: Si empezó a trabajar a las 8:30 am, ingrese; 8 30 AM

Ingrese el horario de interrupción para un tiempo de descanso o periodo de comida en la sección Horario de Interrupción; siguiendo el ejemplo anterior

Ingrese el horario de inicio cuando regresó a trabajar después de un tiempo de descanso o periodo de comida en la sección Horario de Inicio 2

Ingrese el horario de terminación en la sección Horario de Terminación

Ingrese la cantidad total de horas que trabajó en ese día

Ingrese la cantidad total de horas que trabajó en esa semana completa

Semana 1	Horario de Inicio			Horario de Interrupción			Horario de Inicio 2			Horario de Terminación			Horas Trabajadas
MM/DD/AA	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	
EX. 12/01/16	8	00	AM	12	00	PM	1	00	PM	5	00	PM	8
Total de horas semanales													

Semana 2	Horario de Inicio			Horario de Interrupción			Horario de Inicio 2			Horario de Terminación			Horas Trabajadas
MM/DD/AA	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	
Total de horas semanales													

Con respecto a la pregunta #13 del formulario de Reclamo de salario, si reclama una comisión o una bonificación, incluya un desglose, incluida la información de respaldo y el cálculo matemático de la comisión o la bonificación.

Favor de incluir un análisis detallado e información que deje constancia de comisiones o bonificaciones.
(Ejemplo: clientes/ventas/cuentas X % de comisión/bonificación = comisión o bonificación por venta)
 Favor de incluir información que deje constancia de millas recorridas, tal como hojas de ruta o registros de viajes de ciudad a ciudad.

Si necesita hojas de cálculo adicionales, favor de hacer copias.

RECLAMO SALARIAL

COMISIÓN DE LA FUERZA LABORAL DE TEXAS

DEPARTAMENTO DE SALARIO Y HORA, 101 EAST 15TH STREET, AUSTIN, TEXAS 78778-0001

Tel. 800-832-WAGE (800-832-9243) o 512-475-2670 o TDD (Servicio Telefónico para Sordos) 800-735-2989; Fax 512-524-6211

(DE CONFORMIDAD CON EL TITULO 2, CAPITULO 61 DEL CODIGO LABORAL DE TEXAS)

This form is available in English

FAVOR DE ESCRIBIR CON TINTA Y EN FORMA LEGIBLE. Nota: Es optativo anotar el Número de Segura Social, pero el hecho de no incluirlo puede causar un atraso en la tramitación de su reclamo.

Quiero que TWC envíe toda futura correspondencia en: **Inglés** **Español**

DATOS DEL/DE LA RECLAMANTE						
Primer nombre:		Segundo:		Apellido:		
Dirección:		Apartamento #:	Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Número de seguro social # (Optional):		Teléfono de su residencia		Alternativa teléfono	
DATOS DEL PATRON:						
Nombre comercial (Si incorporado)		Nombre del/de la propietario/a:		Nombre apellido:		
Dirección del comercial:		Suite #:	Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Ubicación del centro de trabajo:				Teléfono del patrón o Celular:		
Patrón de dirección web o de correo electrónico:						

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE EMPLEO:

- ¿Qué trabajo hacía Ud.? _____
¿En qué fecha empezó a trabajar? _____
¿Cuál es su situación laboral ahora, con respecto a dicho patrón? Sigo trabajando Renuncié el día _____ Se me despidió el día _____ ¿Cuál fue el motivo de su separación de empleo? _____
- ¿Cuáles eran sus días regulares de pago? _____
¿Cómo le calculaban su salario? (por ejemplo, a \$3.00 la hora, \$1,000 mensuales, 50 centavos por pieza, \$2.00 por pie cuadrado) _____
¿Cuál era el horario de trabajo convenido? _____ horas por día, _____ días por semana, _____ otro sistema?
- ¿Qué clase de acuerdo había sobre el salario? Verbal Escrito (**adjuntar copia**)
- Los salarios que reclama, ¿los ganó en el estado de Texas? Sí No
En caso negativo, ¿se hizo el contrato de trabajo en el estado de Texas? Si No
- ¿Se hacían deducciones a su salario por concepto de impuestos? Sí No No sé
- ¿El negocio de su patrón sigue en operaciones? Sí No No sé
¿Cuál es el domicilio del patrón y su número telefónico? _____
¿Cuál es el nombre y el teléfono de su supervisor(a) durante el período referido en el reclamo? _____
- ¿La empresa está en quiebra? Sí No No sé ¿Está usted en quiebra? Sí No
En caso afirmativo, ¿en qué fecha se radicó de declaración de quiebra? _____
Capítulo: _____ Caso Núm: _____ Lugar en que se radicó la declaración: _____
Indique el nombre, la dirección y el teléfono del abogado que le representa en su caso de quiebra? _____
- Si tiene algún lazo familiar con el patrón, favor de indicar el parentesco. _____
- ¿El patrón le dio alguna razón para no pagarle? En caso afirmativo, favor de explicar. _____

10. Seleccione la(s) categoría(s) de salarios atrasados que mejor corresponda(n) a los que reclama, indicando **la suma del salario atrasado** y el importe del salario bruto que se le debe. NOTA: No puede reclamar el reembolso de ningún tipo de gasto, ya que los gastos no constituyen salario.

Salario regular \$ _____ Comisiones \$ _____ * Prestaciones \$ _____ Deducciones al salario \$ _____
Tiempo extra \$ _____ Gratificación sin pagar \$ _____ Salario inferior al mínimo \$ _____
TOTAL DE LOS SALARIOS ATRASADOS QUE SE RECLAMAN \$ _____.

**Los únicos beneficios adicionales que puede reclamarse son los siguientes: pago por vacaciones o días feriados, indemnización por despido, permiso por enfermedad, permiso para el cuidado de niños menores, tiempo libre pagado o días libres pagados. Para poder reclamar, estos beneficios tendrán que haberse otorgado mediante un acuerdo o política escrita del empleador.*

11. ¿En qué fecha debió haberse pagado el salario que se reclama? _____
12. En caso de reclamar un **salario regular, salario por tiempo extra, y/o salario mínimo**, ¿cuáles son las fechas en que Ud. trabajó sin recibir el salario? Del _____ de _____ al _____ de _____.

Favor de explicar cómo calculó las sumas que reclama y proporcionar un desglose de los días y horas trabajadas. (Por ejemplo, 20 horas al salario regular a razón de \$5.00 por hora más 5 horas de tiempo extra a \$7.50 la hora. Otro ejemplo: 30 artículos a razón de 75 centavos por pieza.) **Sírvase adjuntar los talones de cheques o la declaración de ganancias.** Use la tabla proporcionada en el archivo adjunto para dar un desglose de los salarios.

13. En caso de reclamar **comisiones o gratificación**, ¿durante qué período se ganó el salario que se reclama?

Del _____ de _____ al _____ de _____.

¿Tiene conocimiento de algún acuerdo para pagar comisiones o bonos después de la terminación? Sí No
Explique cómo determinó el monto adeudado. Si está disponible, adjunte información para respaldar su reclamo, como un acuerdo escrito, registros de ventas, talones de cheques, etc. Use el archivo adjunto para proporcionar un desglose de las comisiones o bonificaciones.

14. En caso de reclamar cobertura por una **prestación**, favor de indicar que prestación(es) o beneficio(s) reclama y por qué tiene derecho a tal salario. Favor de calcular cómo calculó la suma que se debe e **adjuntar copia** del acuerdo escrito o norma oficial del patrón referente al tipo de prestación(es) que reclama.

15. En caso de reclamar **deducciones**, indique si firmó alguna autorización para deducciones aparte de las que normalmente se descuentan del salario? Sí No No sé En caso afirmativo, favor de explicar (adjuntar copia).

16. ¿Tiene usted conocimiento de algún **acuerdo** (tal como arbitraje, acuerdo de negociación colectiva, contrato sindical, ERISA, Acción de Servicio Contratado, etc.) que se haya concertado entre usted y el patrón? Sí No. En caso afirmativo, sírvase adjuntar copia de dicho acuerdo.

17. Comentarios adicionales:

ENTIENDO QUE EN CASO DE DETERMINARSE QUE ESTE RECLAMO FUE INICIADO DE MALA FE QUEDARÉ SUJETO/A A LA IMPOSICIÓN DE UNA SANCIÓN ADMINISTRATIVA.

Para ser considerado válido, su reclamo salarial deberá **ser completado a continuación y firmado como verdadero bajo pena de perjurio.**

Mi nombre y apellido son _____, mi fecha de nacimiento es _____
(Primer nombre) (Seg. Nombre) (Apellido) (mes/día/año)

y mi dirección es _____ y _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal) (País)

Declaro bajo pena de perjurio que la información precedente es verdadera y correcta.

Celebrado en el Condado de _____, Estado de _____, a los ____ días de _____ de ____.
(Mes) (Año)

Declarante (firma)