



Departamento de Protección al Consumidor
 148 Martine Avenue - Room 407
 White Plains, New York 10601
 Phone: 914-995-2155 Fax: 914-995-3115

Formulario de Queja del Trabajador por Pago Insuficiente y Robo de Salarios

Proporcione toda la información solicitada y adjunte **COPIAS** de las determinaciones finales de robo de salario y cualquier otro documento relacionado con su queja.

Ejemplos de documentos pertinentes: sentencias de tribunales de reclamos menores, determinaciones del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York.

POR FAVOR ESCRIBA A MANO O DIGITE CON MAQUINA TODAS LAS ENTRADAS - COMPLETE LA INFORMACION DEL TRABAJADOR Y DEL CONTRATISTA.

INFORMACION DEL TRABAJADOR	INFORMACION DEL CONTRATISTA
Su Nombre:	Nombre del Contratista:
Dirección:	Dirección:
Ciudad Estado Código Postal	Ciudad Estado Código Postal
Número de Teléfono (incluyendo el código de área)	Número de Teléfono (incluyendo el código de área)
Dirección de correo electrónico	Sujeto de queja (Incluya detalles al reverso)
Fecha(s) del salario no pagado:	Cantidad total del salario no pagado:
¿Se ha presentado esta queja ante otra agencia o corte? En caso afirmativo, indique el nombre de la agencia/corte?	¿Ha habido una determinación final emitida por un tribunal o agencia con respecto al tema de esta queja? En caso afirmativo adjuntar documentación?

COMPLETE EL REVERSO Y ASEGÚRESE DE FIRMAR Y FECHAR EL FORMULARIO

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA - SOLO PARA USO DE LA OFICINA

File Number _____ Investigated by _____ Reviewed by _____

Received via: Phone () Mail () Person () Agency () Web ()

Date Acknowledged _____ Date Closed _____ Disposition _____ \$ _____

