



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 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRAS DE MOLDE O MECANOGRAFÍE

**DETALLE DE SU QUEJA:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Adjuntar una hoja si es necesario)

¿Que resolución busca? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Yo autorizo** al Departamento de Protección al Consumidor del Condado de Westchester a comunicarse con o compartir información acerca de mi queja con:

\_\_\_\_\_.

- **Por la Presente Afirmo** que la información que he dado es veraz y exacta.
- **Entiendo** que el Departamento de Protección del Consumidor del Condado de Westchester puede enviar una copia de este formulario y la documentación relacionada, al negocio o la persona en contra de quien es la queja.
- **Yo Autorizo** al Departamento de Protección del Consumidor del Condado de Westchester a que actúe de mi parte en la posible mediación de esta queja.

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

Fecha de la Firma: \_\_\_\_\_