



THE CITY OF NEW YORK
OFFICE OF THE COMPTROLLER
1 CENTRE STREET ROOM 651
NEW YORK, N.Y. 10007-2341

BUREAU OF LABOR LAW
TELEPHONE: (212) 669-4443
FAX NUMBER: (212) 669-4002
www.comptroller.nyc.gov

RECLAMO POR VIOLACIÓN DEL SALARIO VIGENTE

El Departamento de Derecho Laboral de la Contraloría lleva a cabo investigaciones de cumplimiento en conformidad con las Secciones 220 y 230 de la Ley Laboral del Estado de Nueva York y la Sección 6-109 del Código Administrativo de la Ciudad de Nueva York.

De acuerdo con la legislación del estado, los trabajadores de construcción empleados por contratistas en proyectos de obras públicas y trabajadores de servicios en edificios empleados por contratistas en edificios de propiedad de la municipalidad debe recibir la Tarifa de salario vigente. Además, la legislación local exige a empleadores en algunos contratos específicos de servicio al gobierno que les paguen un salario mínimo vital a sus trabajadores en determinados cargos. La Oficina del Contralor administra las leyes del estado sobre salarios vigentes y salarios mínimos vitales.

Si a usted no se le ha pagado los salarios vigentes o salarios mínimo vital y desea presentar un reclamo en contra de un contratista, complete el formulario adjunto. Responda cada pregunta lo más completa posible e incluya copias de sus comprobantes de pago y cualquier otra documentación (cheques cancelados, agendas de trabajo, etc.). Si necesita espacio adicional, utilice la página de atrás del formulario adjunto. Cuando termine, lea la declaración de certificación y firme ante un notario. Esta oficina lo puede contactar a usted para información adicional o lo podría llamar a testificar en una audiencia administrativa.

Tenga en cuenta que la Oficina del Contralor de la ciudad no tiene jurisdicción sobre proyectos privados, estatales o federales. En caso de que un lugar de trabajo que usted enumere se encuentre bajo la jurisdicción del gobierno estatal o federal, esta oficina lo notificará a usted por escrito y enviará una copia de este documento a la agencia correspondiente.

Una investigación puede tomar mucho tiempo, de modo que agradecemos su paciencia y cooperación. En el transcurso de nuestra investigación, se le puede proporcionar una copia de este documento a su empleador y también a otras partes interesadas. El Departamento de Derecho Laboral de la Oficina del Contralor de la ciudad no lo representa a usted bajo ningún título legal; usted podrá contratar asesoramiento legal si así lo desea. Al firmar y autenticar este formulario, usted autoriza al Contralor a interponer recursos de cobro en contra del contratista, subcontratista o emisor de la obligación de pago en virtud de la Sección 220-g de la Ley de Trabajo.

Tenga en cuenta que, si se determina un pago insuficiente de salarios y antes de que se le realice a usted un pago, se realizará una búsqueda de gravámenes que deba de manutención de niños. Cualquiera de las sumas que usted deba se deducirá de cualquier cantidad que se determine que su empleador le deba a usted.

******* ESTE FORMULARIO DEBERÁ SER ENVIADO POR CORREO A:**

OFFICE OF THE COMPTROLLER
BUREAU OF LABOR LAW
1 CENTRE STREET ROOM 651
NEW YORK, N.Y. 10007-2341



THE CITY OF NEW YORK
OFFICE OF THE COMPTROLLER
1 CENTRE STREET ROOM 651
NEW YORK, N.Y. 10007-2341

BUREAU OF LABOR LAW
TELEPHONE: (212) 669-4443
FAX NUMBER: (212) 669-4002
www.comptroller.nyc.gov

Complete en letra de molde o mecanografiada

INFORMACIÓN PERSONAL

1. Nombre _____
2. Su Domicilio Actual _____
Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
- 3a. Número Telefónico _____ 3b. Número de Móvil _____
4. Su Dirección de Correo Electrónico _____
5. Su Número de Seguro Social o Número de Identificación de Contribuyente (ITIN) _____

INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEADOR

El Principal Empleador de la Información

- 6a. Nombre de la Compañía para la cual trabaja(ó) _____
- 6b. Dirección de la Compañía _____
Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
- 6c. Número Telefónico _____ 6d. Número Telefónico 2 _____
- 6e. ¿Esta usted actualmente empleado(a) por el contratista que se menciona arriba? Sí
 No
- 6f. Si la respuesta es "sí", ¿preferiría que su identidad se mantuviera inicialmente confidencial? Sí No

****Tenga en cuenta que tendremos que divulgarle su nombre a su empleador antes de la resolución final de su caso.**

7. Número de Identificación del Empleador (EIN): (podrá obtenerlo en su formulario W2, Libro de Desempleo o comprobante de Liquidación de Salarios)

8. ¿Cuál es (era) el (los) nombre(s) de sus supervisores y/o Jefes?
(se aceptan apodos y nombres de pila)

INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEADOR

9. ¿Su empleador es (era) contratista con la Municipalidad de Nueva York o con una agencia del gobierno de la Municipalidad de Nueva York?

Sí No No lo sé

10. Si lo sabe, indique el nombre de la agencia de la Municipalidad de Nueva York para la cual se realizaron trabajos.

11a. Hay (hubo) algún inspector de la Municipalidad de Nueva York en el (los) lugar(es) en que trabajó?

Sí No

If Sí, what was his/her name(s) or Número Telefónicos (If known)

11b. Nombre del Inspector _____ Número Telefónico _____

11c. Nombre del inspector _____ Número Telefónico _____

Contratista principal de la Información Rellenar sólo si su empleador es / era un subcontratista

Si su empleador es (era) un subcontratista, por favor, proporcione el nombre, dirección y número telefónico del contratista principal

12a. Contratista Primer Nombre _____

12b. Dirección del Contratista Principal _____

Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

12c. Número Telefónico _____ 7d. Secondary Number _____

LUGARES DONDE USTED TRABAJÓ

ESTA OFICINA TIENE LA AUTORIDAD PARA INVESTIGAR ÚNICAMENTE CONTRATOS DEL GOBIERNO DE LA MUNICIPALIDAD DE NUEVA YORK. TODA LA INFORMACIÓN QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN DEBERÁ LIMITARSE AL PERÍODO EN QUE SE TRABAJÓ POR CONTRATOS CON LA MUNICIPALIDAD DE NUEVA YORK.

Enumere todos los lugares donde se realizaron trabajos; por favor, proporcione dirección comple, fechas y tipo de trabajo, por ejemplo; construcción de escuelas, construcción de alcantarillas o caminos, limpieza de oficinas, servicio de seguridad o cualquier otro tipo de trabajo realizado. Por favor, sea lo más específico(a) posible.

Dirección del Lugar de Trabajo del Proyecto	Tipo de Trabajo	Fecha de Inicio y Finalización Mes/Año
13a.		
13b.		
13c.		

LUGARES DONDE USTED TRABAJÓ

14a. Durante el período que afirma trabajaba en contratos del gobierno de la municipalidad de Nueva York en los lugares anteriores (preguntas 13a a 13d). ~Trabajó también en contratos que no correspondían a la ciudad, tales como trabajos privados, estatales o federales? Sí No

14b. Si la respuesta es "sí", ~durante que período trabajó en contratos que no correspondían a la ciudad?

TIPO DE TRABAJO REALIZADO

15. ¿Cuál es (era) el cargo de su empleo? Ej.: Obrero, Carpintero, Guardia de Seguridad, etc.

Describa las obligaciones de su empleo por emplazamiento de obra (es decir, lo que usted efectivamente hace o hacía en su empleo; incluya el equipamiento y las herramientas utilizadas). Por favor, sea específico(a).

Obligaciones	Ubicación de Obra
15a.	
15b.	
15c.	

ÚNICAMENTE PARA TRABAJOS EN LA MUNICIPALIDAD DE NUEVA YORK (NO incluya trabajos Estatales, Federales, ni Privados)

16. ¿A qué hora generalmente comienza/comenzaba a trabajar todos los días? _____

17. ¿A qué hora generalmente deja(ba) de trabajar todos los días? _____

18a. ¿Estos horarios varían/variaban alguna vez? Sí No

18b. Si la respuesta es "sí", explique

19a. ¿Toma(ba) un descanso para el almuerzo durante el día? Sí No

19b. Si la respuesta es "sí", ¿cuánto tiempo se le permitía tomar?

19c. ¿Su empleador le pagaba a usted los descansos para el almuerzo? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE LOS SALARIOS

20. ¿Con qué frecuencia se le paga(ba)?

\$ _____ neto por semana \$ _____ por hora
\$ _____ por día \$ _____ bruto por semana
 Nunca recibió ningún pago Otro (por favor, especifique) _____

21. ¿De qué forma se le paga(ba)?

Diariamente Semanalmente Cada dos semanas
 Otra (especifique) _____

22. ¿De qué forma se le paga(ba)?

Únicamente cheque Únicamente efectivo Cheque y Efectivo

23. ¿Tiene talones de cheques y/o comprobantes de los pagos en efectivo?

Sí No (Si los tiene, adjunte copias.)

24a. ¿Se le exigió devolver alguna parte de sus salarios? Sí No

24b. Si la respuesta es "sí", por favor, explique

25a. ¿Se modificó alguna vez la tarifa de su pago? Sí No

25b. Si la respuesta es "sí", indique las tarifas de pago y las fechas de modificación

26a. ¿Trabajó horas extras? Sí No

26b. ¿Cuál era su tarifa de pago por horas extras? \$ _____

26c. Si la respuesta es "sí", ¿en cual trabajó usted horas extras?
(indique sus horas en cada ubicación)

27a. ¿Trabaja(ó) alguna vez (Por favor, marque todas las opciones que correspondan)

los Sábados Domingos O Feriados

27b. Si la respuesta es "sí", enumere las fechas en las que trabajó, e indique sábado/domingo/feriado y tarifa de pago.

28a. ¿Recibió o debió firmar algún documento que indicara información incorrecta sobre las horas que usted trabajó, los salarios o beneficios que se le pagaron o el tipo de trabajo que realizó? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE LOS SALARIOS

28b. Si es así, por favor, explique a continuación (y adjunte los documentos, si los tiene).

BENEFICIO DE LA INFORMACIÓN

29. Marque todos los beneficios que esta compañía le proporcionó

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Fondo de Bienestar | <input type="checkbox"/> Seguro Médico |
| <input type="checkbox"/> Días por Enfermedad | <input type="checkbox"/> Pago de Feriado | <input type="checkbox"/> Fondo de Pensión |
| <input type="checkbox"/> Días de Vacaciones | <input type="checkbox"/> Fondo de Anualidad | <input type="checkbox"/> Días Personales |
| <input type="checkbox"/> Complemento para Gastos de Viaje | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | | |

30a. ¿Alguna vez recibí dinero en efectivo en vez de todos o algunos de los beneficios? Sí
 No

30b. Si la respuesta es "sí", ¿qué es lo que recibió en efectivo?

30c. ¿Cuándo?

31a. ¿Recibió bonificaciones alguna vez? Sí No

31b. Si la respuesta es "sí", ¿cuántas veces?

31c. ¿Qué es lo que recibió?

31d. ¿Cuándo?

32. A su entender, ¿de qué manera se registran/registraban las horas que usted trabajó?
(Por favor, marque todas las opciones que correspondan).

- | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| a) Firma de registro de entrada o salida | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente |
| b) Fichado de entrada o salida | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente |
| c) Usted llamó a la oficina | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente |
| d) El Jefe/Supervisor del emplazamiento registraba el tiempo | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente |

e) Si no corresponde ninguna de las opciones anteriores, ¿de qué manera sabía su empleador cuántas horas trabajaba?

- ¿No lo sabe?
 Otra (especifique) _____

33a. ¿Tiene algún registro, nota o calendario que indique las fechas, horarios y/o lugares en los que usted trabajó? Sí No

BENEFICIO DE LA INFORMACIÓN

33b. Si la respuesta es "sí", indique los tipos de registros que usted tiene y adjunte una copia de éstos.

INFORMACIÓN SOBRE SINDICATOS

34a. ¿Fue miembro de un sindicato en algún momento durante su empleo con esta compañía?
 Sí No

34b. Si la respuesta es "sí", ¿de cuál?

34c. ¿Cuándo se convirtió usted en miembro?

34d. ¿Continúa siendo miembro en la actualidad? Sí No No lo sé

DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN

35. How did you find out about prevailing wages?

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Oficina Del Contralor | <input type="checkbox"/> | Ciudad agency inspector |
| <input type="checkbox"/> | Sindicato | <input type="checkbox"/> | Grupo de la Comunidad |
| <input type="checkbox"/> | Me entere en el lugar de trabajo | | |
| <input type="checkbox"/> | Otro (especifique) _____ | | |

36. Comentarios Adicionales

Por el presente, certifico que toda la información que se indica arriba es verdadera y precisa a mi mejor conocimiento. Al firmar frente a un notario este formulario, usted autoriza al Contralor a interponer recursos de cobro en contra del contratista, subcontratista o emisor de la obligación de pago en virtud de la Sección 220-g de la Ley de Trabajo.

Firma

Fecha

Se jura ante mí a los _____ días del mes de _____ de 20__

Notario Publico u Oficial Notarial

******POR FAVOR, ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO A:**

OFFICE OF THE COMPTROLLER
BUREAU OF LABOR LAW
1 CENTRE STREET ROOM 651
NEW YORK, N.Y. 10007-2341