

Utah Labor Commission
Wage Claim Unit
 160 East 300 South, 3rd Floor
 PO Box 146630
 Salt Lake City, UT 84114-6630

Teléfono: 801-530-6801
 Fax: 801-530-7609
 Email: wcu@utah.gov



Forma de Reclamo de Multa por Pago Tardío de Sueldo
(Late Wage Payment Penalty Form)

Wage Claim No: _____

Amount \$ _____
 (For Office Use Only)
 1-12

ESCRIBA DE FORMA CLARA TODA SU INFORMACION. USTED DEBE COMPLETAR AMBAS PÁGINAS DE ESTA FORMA

¿Le han pagado a usted el sueldo que le debían? Si No Si usted responde No, No complete esta forma, en su lugar use la Forma de Asignación de Reclamo de Sueldo.

¿Recibió su pago de sueldo tarde? Si No Si usted response Si, por favor complete la información adicional que se le pide a continuación.

Su Nombre:			
Su Dirección:		Dirección de Correo Electrónico:	
		Apt #	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono No.
			Numero de Teléfono Celular.
Nombre, Dirección & Numero Telefónico de una persona conocida que no viva con usted (Como un contacto de emergencia en caso de que la División no le pueda contactar a usted):			

Nombre del Negocio de su Patrón:		Teléfono No.	Tipo de Negocio:
Dirección:		Dirección de su Pagina de Internet (Si la sabe):	
		Suite #	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Nombre del Dueño (Si lo sabe):
Dirección del Dueño del Negocio (Si la sabe):			
Información Adicional: (por ejemplo: nombre corporativo, dirección adicional, números telefónicos, etc.)			

Su Cargo en el Trabajo:	Tipo de Trabajo que usted realizo:
¿Quién lo Contrato?	Su Posición/Titulo:
¿Quién era su supervisor?	Su Posición/Titulo:
¿Dirección donde el trabajo fue realizado?	
¿Fecha en la que comenzó su empleo? (mes/día/año)	¿Fecha en la que terminó su empleo? (mes/día/año)
¿Cada cuanto tiempo le pagaban a usted?	
<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos Semanas <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Otro (Explique):	
¿Renuncio usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contesta si, ¿Cuándo?	
¿Fue usted despedido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contesta si, ¿Cuándo?	

Por favor complete la siguiente hoja. Para la cantidad debida, escriba la cantidad total de sueldo que a usted le pagaron tarde. No haga ninguna deducción de impuestos o de seguro social. Si necesita espacio adicional, por favor anexe otra hoja.

Cantidad Debida	Fecha en que le han debido pagar	Fecha en la que actualmente le pagaron

Por favor complete la otra cara de la forma.

ASSIGNMENT/ ASIGNACION DEL RECLAMO

YO POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO que esta es una declaración verdadera de sueldo que me es debido de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Yo entiendo que la aceptación de este reclamo por parte de la Comisión de Trabajo (Labor Commission) no garantiza su cobranza. Yo, por medio de la presente le asigno los sueldos no pagados a la oficina de la Comisión de Trabajo para que estos sean cobrados de acuerdo con el código de trabajo de Utah.

Yo estoy de acuerdo en presentarme a cualquier audiencia o mediación que esta oficina fije para considerar mi reclamo. Mi falta a presentarme a dicha audiencia o mediación será razón suficiente para el cierre de mi caso. Si la oficina o sus agentes concluyen que el arreglo de un acuerdo es necesario para lograr un acuerdo equitativo de mi caso, yo autorizo a la comisión de trabajo para ejecutar el mismo y mi falta de aceptación puede resultar en el cierre de mi caso.

Yo autorizo a esta oficina o a sus agentes a recibir cualquier cantidad de dinero de los Estados Unidos, cheques u órdenes de pago obtenidos como pago de este reclamo. Si yo no llamo a esta oficina para obtener el dinero pagado en este reclamo, yo autorizo el envío del mismo por correo a mi propio riesgo. Yo entiendo que la negligencia de mi parte de permanecer en contacto con esta oficina puede dar lugar al cierre de mi caso

ESTA ES UNA DECLARACION JURADA

Yo por medio de la presente juro que soy el reclamante en esta acción, o que soy el agente autorizado del reclamante en esta acción.

Yo también juro que la información contenida en esta forma en lo mejor de mi conocimiento.

Fecha

Firma del Reclamante

Importante: si un agente autorizado esta llenando esta forma en nombre del reclamante, el reclamante debe firmar la siguiente declaración. O una copia del documento que establece la autoridad del agente para actuar en nombre del reclamante debe ser presentado.

Yo he autorizado _____ (Nombre del Agente) para actuar en mi representación llenando esta forma de reclamo de sueldo.

Fecha

Firma del Reclamante