

STATE OF NEVADA
Department of Business & Industry
OFFICE OF THE LABOR COMMISSIONER

1818 COLLEGE PARKWAY, SUITE 102
CARSON CITY, NV 89706
(775) 684-1890

3300 WEST SAHARA AVENUE, # 225
LAS VEGAS, NEVADA 89102
(702) 486-2650

Claim #

Rcv. by Inv. Assign

RECLAMO DE SALARIOS

EMPLEADO y LA INFORMACIÓN PRELIMINAR (INCLUIR COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN CON FOTO)

INFORMACION DEL EMPLEADOR

1. Nombre: 2. Dirección: 3. Teléfono de Casa: 4. Correo electronico: 5. ¿Su reclamo ocurrió en los dos (2) últimos años? 6. ¿Contrató a un abogado o una denuncia en la corte con respecto a su reclamo? 7. ¿Su empleador todavía está en negocio? 8. ¿Su empleador declaró en bancarrota? 9. ¿Se ofrece seguro médico?

10. Nombre del Negocio 11. Nombre del Empleador 12. Dirección del Empleador 13. Correo Electronico del Empleador 14. Teléfono del Empleador: 15. Condado done realizo el trabajo: 16. Tipo de Trabajo Realizado: 17. Tipo de Negocio: 18. Proporcione el nombre de su supervisor y / o persona que lo contrató, y que mantiene sus registros de empleo (Si la dirección es diferente de su empleador, indique la dirección:

JOB INFORMATION

19. Pago De Tasa Por Hora: \$ 20. Dia Contratado: 21. Ultimo dia de Trabajo: 22. Razon: 23. Frecuencia de pago? 24. Acuerdo de empleo 25. Base de Pago 26. Forma de Pago

SUELDO RECLAMADO

27. Motivo(s) de demanda: 28. Documentación presentada para apoyar la demanda (adjuntar copias): 29. ¿Pidio su salario? 30. Fechas de no pago/mal pago De: Ha: 31. Monto total ganado 32. Monto total pagado 33. Subtotal (reste la línea 32 de la línea 31)

**RECLAMO DE SALARIOS (CONTINUACIÓN)**  
**Deducciones no autorizadas y / o / Cheques sin fondos (NSF)**

Si su reclamo involucra deducciones no autorizadas o cheques sin fondos (NSF), indique los montos y cargos bancarios. Por favor de adjuntar documentación mostrando las deducciones no autorizadas incluyendo Talones de cheques, cheques cancelados, estados de cuenta bancarios, etc.


**Indicar brevemente el motivo de la presentación de la demanda:**


**POR FAVOR TOME NOTA**

**ES RESPONSABILIDAD DEL RECLAMANTE PARA NOTIFICAR A ESTA OFICINA DE CAMBIOS EN DIRECCIÓN OCURREN DESPUÉS DE LA PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN DE SALARIOS.**

**USTED PUEDE SOLICITADO POR FUERA ABOGADO REFERENTE A SU RECLAMACIÓN DE LOS SALARIOS. SI OPTA POR CONSERVAR A TAL ABOGADO, LA OFICINA DEL COMISIONADO LABORAL PODRÁ OPTAR POR DISMINUCIÓN DE LA COMPETENCIA SOBRE SU RECLAMO SALARIAL EN VIRTUD DE NAC 607.095.**

**CERTIFICACIÓN**

Por la presente certifico que esta es una verdadera declaración de salarios debido a mi bajo la mano de obra y las leyes de relaciones industriales del estado de Nevada, a lo mejor de mi conocimiento y creencia.

Por la presente asigno todos los reclamos y todas las penas correspondientes en base a esto reclamación o reclamaciones al Comisionado Laboral del estado de Nevada para recopilar o resolver según el caso leyes y regulaciones de este estado. (Nevada Revised Statutes section 607.170). Autorizo a la Comisión de trabajo y sus diputados para recibir cheques, giros postales ni en efectivo obtenido como pago de esta reclamación. Autorizo el envío de estos fondos en mi propio riesgo o retención de los mismos hasta que tal reclamo.

Estoy de acuerdo en asistir a reuniones, conferencias de preaudiencia y audiencia según sea necesario. Autorizo por este medio el Comisionado de trabajo para destruir cualquier documento presentado u obtenido en relación a mi reclamación después de tres años desde la fecha de esta

Por la presente asignar todos los derechos y privilegios aplicables a mí en el trabajo y las relaciones de trabajo las leyes del estado de Nevada a la Comisaria de trabajo y pedir que él o ella actúen para mí en todos los asuntos que se presentan bajo la misma en la manera el Comisario o sus representantes elegir con arreglo a las leyes y reglamentos aplicables del estado.

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Nombre del Empleado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firmado \_\_\_\_\_

Una vez completado, envíe por correo electrónico los formularios completados junto con cualquier evidencia de respaldo a: [ESP\\_WCGC@labor.nv.gov](mailto:ESP_WCGC@labor.nv.gov).  
Alguien de nuestra oficina se comunicará con usted en 72 horas.