

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 #

RECLAMACIÓN DE SALARIOS PARA PROYECTO DE OBRAS PÚBLICAS

Rcv. by Inv. Assign

INFORMACION DE EMPLEADO (INCLUIR COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN CON FOTO)

INFORMACION DEL EMPLEADOR

1. Nombre: Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

7. Nombre del Empleador

2. Dirección: Ciudad Estado Código Postal

8. Dirección del Empleador: Ciudad Estado Código Postal

3. Teléfono de Casa: Otro Teléfono:

9. Número de Teléfono del Empleador:

4. Correo Electrónico:

10. Tipo de Negocio:

5. ¿Su reclamo ocurrió en los dos últimos años? Si No

11. Nombre de Contratista General:

12. Dirección de Contratista General: Ciudad Estado Código Postal

6. Tipo de trabajo realizado:

13. Condado donde realizo el trabajo:

14. Nombre de Awarding Body:

15. Nombre de Proyecto:

16. PWP #:

JOB INFORMATION

17. Pago De Tasa Por Hora: \$ 18. Forma De Pago: Cheque Dinero en Efectivo ¿Si es así cual?: ¿Si pagaron en efectivo, firmo un recibo de pago? Si No

WAGES CLAIMED

19. Motivo(s) de demanda: Falta de pago de salario prevaleciente Falta de pago de salario prevaleciente de las horas extraordinarias Falta de pago de beneficios en salario prevaleciente 20. Documentación presentada para apoyar la demanda (adjuntar copias): Recibos de pago Registros de tiempo Acuerdo/contrato Registros de impuestos (i.e. FORM W-2) Documentos de la impreza Testigos (adjuntar lista) Otro

21. ¿Pidio su salario? Si No Si es así, que: Fecha: Verbal Escrito demanda

22. Fechas de no pago/ mal pago De A 23. Total horas regular 24. Horas extra total

25. ¿Quién te contrato?

26.	¿Quién fue su supervisor?
27.	¿Quién tenía control sobre su horario de trabajo?
28.	¿Que estableció la tarifa de pago?
29.	¿Que mantiene sus registros de empleo?

Indicar brevemente el motivo de la presentación de la demanda:

PORFAVOR TOME NOTA

ES RESPONSABILIDAD DE 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 reclamación.

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.

Una vez completado, envíe por correo electrónico los formularios completados junto con cualquier evidencia de respaldo a: ESP_WCGC@labor.nv.gov.

Alguien de nuestra oficina se comunicará con usted en 72 horas.

Nombre del Empleador _____ Nombre del Empleado _____

Fecha _____

Firmado _____