

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

Claim # \_\_\_\_\_

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

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

**RECLAMO DE SALARIOS**

Rcv. by \_\_\_\_\_ Inv. Assign \_\_\_\_\_

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

**INFORMACION DEL EMPLEADOR**

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
 Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

2. Dirección: \_\_\_\_\_  
 Numero Calle Apt #

Ciudad Estado Código Postal

3. Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_

4. Correo electronico: \_\_\_\_\_

5. ¿Su reclamo ocurrió en los dos (2) últimos años?  Si  No

6. ¿Contrató a un abogado o una denuncia en la corte con respecto a su reclamo?  Si  No

7. ¿Su empleador todavía está en negocio?  Si  No

8. ¿Su empleador declaró en bancarrota?  Si  No

9. ¿Se ofrece seguro médico?  Si  No

10. Nombre del Negocio \_\_\_\_\_

11. Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

12. Dirección del Empleador \_\_\_\_\_

Ciudad: Estado Código Postal

13. Correo Electronico del Empleador \_\_\_\_\_

14. Teléfono del Empleador: ( ) \_\_\_\_\_

Fax 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:  Despedido  Renuncio  Actualmente Empleado

23. Frecuencia de pago? \_\_\_\_\_

24. Acuerdo de empleo  Acuerdo Verbal  Acuerdo por Escrito/ Aplicacion: Por Favor adjuntar una copia

25. Base de Pago  Por Pieza  Salario  Comisiones  Por Hora  Comisiones

26. Forma de Pago  Cheque  Dinero en Efectivo  Si le pagaron en efectivo, firmo un recibo de pago?  Si  No

**SUELDO RECLAMADO**

27. Motivo(s) de demanda:  Falta de pago de salario  Falta de salario de horas extraordinarias  Falta de pago de comisiones  Cheque sin fondos  Deducciones no autorizadas  Otra \_\_\_\_\_

28. Documentación presentada para apoyar la demanda (adjuntar copias):  Talones de Cheque  Registros de tiempo  Acuerdo/contrato  Registros de impuestos (i.e. FORMA W-2)  Documentos de la empresa  Testigos (adjuntar lista)  Otro \_\_\_\_\_

29. ¿Pidio su salario?  Si  No Si es así, que: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  Verbal  Demanda por Escrito

30. Fechas de no pago/mal pago De: \_\_\_\_\_ Ha: \_\_\_\_\_

31. Monto total ganado (Por favor incluya páginas adicionales si es necesario)..... \$ \_\_\_\_\_

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.