

**COMISIÓN DE LA FUERZA LABORAL DE TEXAS**  
**INFORMACIÓN SOBRE RECLAMOS SALARIALES**  
**LEY TEXANA DE SALARIOS ATRASADOS**

This form is available in English.

**¡AVISO IMPORTANTE! COMPLETE TODO EL FORMULARIO.**  
**Al Firmar, Esta Declarando Que Su Reclamo Es Verdad Baja Pena De Perjurio**

**Información Para Tener En Cuenta Antes De Abrir Un Reclamo Salarial**

**Si Ud. se considera perjudicado/a en sus derechos bajo la ley de salarios atrasados, podrá abrir un reclamo salarial por escrito. Se le advierte que no se podrá aceptar un reclamo salarial en los casos a continuación:**

- Si Ud. no ha llenado su reclamo salarial en forma **completa, forma, clara y precisa**. El reclamo deberá señalar cada tipo de salario atrasado que se reclama y la forma en que Ud. calculó lo que se le debe. Si la información en su reclamo salarial es insuficiente para contactar al empleador, su reclamo será denegado.
- Si su reclamo salarial **no tiene su firma ni consta de una declaración de que la información es verdadera, bajo pena de perjurio**.
- Si Ud. trabajaba como **“contratista independiente”** y no como “empleado/a” de la empresa en cuestión.  
*(Si no está seguro, presente su reclamo y nosotros determinaremos si usted era contratista independiente o empleado.)*
- Si Ud. era **empleado/a de algún pariente próximo** (por ejemplo, madre, abuelo o suegro).  
*(Si no está seguro, presente su reclamo y nosotros investigaremos las circunstancias.)*
- Si su empleador ha **solicitado una declaración de quiebra**.  
*(Si no está seguro/a, preséntenos su reclamo, pero quizás también tendrá que dejar asentado su reclamo en un “proof of claim” (constancia de reclamo) directamente en el Tribunal de Quiebras.*
- Si Ud. Era **empleado/a del gobierno federal, del estado o de una subdivisión política del estado**.
- Si sus salarios están sujetos a un **arbitraje vinculante o convenio colectivo o contrato**.  
*(Si no está seguro, presente un reclamo e incluya el acuerdo o contrato y vamos a investigar las circunstancias)*
- Si presenta el reclamo salarial **después de cumplirse los 180 días** subsiguientes a la fecha en que debieron pagarle su salario atrasado.  
*(Si no está seguro, presente un reclamo e incluya el acuerdo o contrato y vamos a investigar las circunstancias)*
- Si su reclamo salarial es para períodos de pago posteriores. Puede modificar la presente reclamación previa antes de la orden de determinación de los salarios preliminares. **No presente otro reclamo salarial**.
- Si Ud. Presenta un reclamo contra más de un empleador en un solo formulario. Deberá usar un formulario de reclamo salarial por cada empleador.
- Su reclamo salarial es por **gastos o reembolsos**.

**Complete y envíe su reclamo salarial por correo a:**

Comisión de La Fuerza Laboral de Texas  
Sección de Leyes Laborales  
101 E. 15<sup>th</sup> St. Room 514  
Austin, TX 78778-0001

o

**Por fax al:**

512-475-3025

Si necesita ayuda, llame al 800-832-9243, 512-475-2670 o al servicio TDD (discapacidades auditivas) al 800-735-2989.

Muchas veces es posible resolver problemas salariales hablándolo con el empleador. Para más información visite nuestra página de internet <http://www.twc.state.tx.us/jobseekers/how-submit-wage-claim-under-texas-payday-law>. Antes de abrir un reclamo de salario atrasado, podría valer la pena señalarle a su empleador ciertas disposiciones de la Ley Texana de Salarios Atrasados. El Título 2, Capítulo 61 del Código Laboral de Texas dispone lo siguiente:

1. Si Ud. No está sujeto/a a las disposiciones sobre pago por horas extras de la Ley de Normas Laborales Justas (*Fair Labor Standards Act*), su empleador deberá pagarle su salario por lo menos una vez al mes. A todos los demás empleados se les deberá pagar por lo menos dos veces al mes.
2. Si falta al trabajo el día de pago, tiene derecho a que le paguen su salario, a su pedido, en un día hábil regular.
3. Si deja el trabajo por un motivo que no sea despido, su empleador tendrá que pagarle íntegramente en el próximo día regular de pago a más tardar.
4. Si queda despedido/a, su empleador tendrá que pagarle íntegramente dentro de los seis días del despido.
5. Las bonificaciones o el salario a base de comisiones deberán pagarse oportunamente, de conformidad con los términos del acuerdo que se haya celebrado entre el empleado y el empleador.
6. Ud. Puede tener derecho a un salario atrasado en concepto de beneficios adicionales no aprovechados (vacaciones o días feriados, permiso por enfermedad, permiso para el cuidado de hijos menores o indemnización por despido), únicamente cuando el empleador otorgue dichos beneficios mediante una política o acuerdo que conste por escrito.
7. El empleador podrá retenerle su salario únicamente cuando:
  - a. se lo ordene un tribunal;
  - b. así se lo autorice una ley estatal o federal (por ejemplo, impuestos sobre los salarios); o
  - c. el empleador cuente con la autorización por escrito de Ud. Para hacer tales deducciones.

**Favor de adjuntar copia de su cheque o talón de cheque salarial más reciente. Para horas ordinarias y horas extras, favor de adjuntar un análisis detallado de días y horas de trabajo o favor de completar la hoja de asistencia adjunta.** Ud. es responsable de avisar inmediatamente y por escrito a la sección de Leyes Laborales en caso de cualquier cambio de domicilio o número telefónico. Si no podemos comunicarnos con Ud., se reducirán sus probabilidades de cobrar un salario atrasado.

**EL TITULO 2, CAPITULO 61 DEL CÓDIGO LABORAL DE TEXAS DISPONE SANCIONES POR RECLAMOS SALARIALES PRESENTADOS DE MALA FE.**

## Formulario Adjunto de Reclamo Salarial

### Pregunta No.14 – Análisis detallado de horas trabajadas por semana

Instrucciones:

**Ingrese** la fecha del día de comienzo de la primera semana de trabajo

**Ingrese** el horario de inicio del primer día en la tarjeta de asistencia

- Ingrese la hora de inicio en el columna Hora
- Ingrese los minutos en el columna Min
- Ingrese AM o PM en el columna AM/PM

Ejemplo: Si empezó a trabajar a las 8:30 am, ingrese;

Hora	Min	AM/PM
8	30	AM

**Ingrese** el horario de interrupción para un tiempo de descanso o periodo de comida en la sección Horario de Interrupción; siguiendo el ejemplo anterior

**Ingrese** el horario de inicio cuando regresó a trabajar después de un tiempo de descanso o periodo de comida en la sección Horario de Inicio 2

**Ingrese** el horario de terminación en la sección Horario de Terminación

**Ingrese** la cantidad total de horas que trabajó en ese día

**Ingrese** la cantidad total de horas que trabajó en esa semana completa

Semana 1	Horario de Inicio			Horario de Interrupción			Horario de Inicio 2			Horario de Terminación			Horas Trabajadas
MM/DD/AA	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	
EX. 12/01/16	8	00	AM	12	00	PM	1	00	PM	5	00	PM	8
<b>Total de horas semanales</b>													

Semana 2	Horario de Inicio			Horario de Interrupción			Horario de Inicio 2			Horario de Terminación			Horas Trabajadas
MM/DD/AA	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	
<b>Total de horas semanales</b>													

### Pregunta No.15 y 16 - Análisis detallado de Comisiones o Bonificaciones

Favor de incluir un análisis detallado e información que deje constancia de comisiones o bonificaciones.

*(Ejemplo: clientes/ventas/cuentas X % de comisión/bonificación = comisión o bonificación por venta)*

Favor de incluir información que deje constancia de millas recorridas, tal como hojas de ruta o registros de viajes de ciudad a ciudad.

**Si necesita hojas de cálculo adicionales, favor de hacer copias.**

# RECLAMO SALARIAL

## COMISIÓN DE LA FUERZA LABORAL DE TEXAS LEYES LABORALES, 101 EAST 15TH STREET, AUSTIN, TEXAS 78778-0001

Tel. 800-832-WAGE (800-832-9243) o 512-475-2670 o TDD (Servicio Telefónico para Sordos) 800-735-2989; Fax 512-475-3025

(DE CONFORMIDAD CON EL TITULO 2, CAPITULO 61 DEL CODIGO LABORAL DE TEXAS)

This form is available in English

**FAVOR DE ESCRIBIR CON TINTA Y EN FORMA LEGIBLE.** Nota: Es optativo anotar el Número de Segura Social, pero el hecho de no incluirlo puede causar un atraso en la tramitación de su reclamo.

Quiero que TWC envíe toda futura correspondencia en: Inglés  Español  I want TWC to send future correspondence in: English  Spanish

### DATOS DEL/DE LA RECLAMANTE

Primer nombre:		segundo nombre		apellido:	
Dirección:		Apartamento #:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _ _ / _ _ / _ _	Número de seguro social # (Optional): _ - -	Teléfono de su residencia		Alternativa teléfono	

### DATOS DEL PATRON:

Nombre comercial ( <i>Si incorporado</i> )		Nombre del/de la propietario/a:		Nombre apellido:	
Dirección del comercial:		Suite #:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Ubicación del centro de trabajo:				Teléfono del patrón o Celular:	

patrón de dirección web o de correo electrónico:

### POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE EMPLEO:

- ¿Qué trabajo hacía Ud.? \_\_\_\_\_  
¿En qué fecha empezó a trabajar? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es su situación laboral ahora, con respecto a dicho patrón?  Sigo trabajando  Renuncié el día \_\_\_\_\_  Se me despidió el día \_\_\_\_\_  
¿Cuál fue el motivo de su separación de empleo? \_\_\_\_\_
- ¿Cuáles eran sus días regulares de pago? \_\_\_\_\_  
¿Cómo le calculaban su salario? (por ejemplo, a \$3.00 la hora, \$1,000 mensuales, 50 centavos por pieza, \$2.00 por pie cuadrado) \_\_\_\_\_  
¿Cuál era el horario de trabajo convenido? \_\_\_\_\_ horas por día, \_\_\_\_\_ días por semana, \_\_\_\_\_ otro sistema?
- ¿Qué clase de acuerdo había sobre el salario?  Verbal  Escrito (**adjuntar copia**)
- Los salarios que reclama, ¿los ganó en el estado de Texas?  Sí  No  
En caso negativo, ¿se hizo el contrato de trabajo en el estado de Texas?  Sí  No
- ¿Se hacían deducciones a su salario por concepto de impuestos?  Sí  No  No sé
- ¿El negocio de su patrón sigue en operaciones?  Sí  No  No sé  
¿Cuál es el domicilio del patrón y su número telefónico? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el nombre y el teléfono de su supervisor(a) durante el período referido en el reclamo? \_\_\_\_\_
- ¿La empresa está en quiebra?**  Sí  No  No sé **¿Está usted en quiebra?**  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿en qué fecha se radicó de declaración de quiebra? \_\_\_\_\_  
Capítulo: \_\_\_\_\_ Caso Núm.: \_\_\_\_\_ Lugar en que se radicó la declaración: \_\_\_\_\_  
Indique el nombre, la dirección y el teléfono del abogado que le representa en su caso de quiebra? \_\_\_\_\_
- Si tiene algún lazo familiar con el patrón, favor de indicar el parentesco.** \_\_\_\_\_
- ¿El patrón le dio alguna razón para no pagarle? En caso afirmativo, favor de explicar. \_\_\_\_\_

10. Seleccione la(s) categoría(s) de salarios atrasados que mejor corresponda(n) a los que reclama, indicando **la suma del salario atrasado** y el importe del salario bruto que se le debe. **NOTA: No puede reclamar el reembolso de ningún tipo de gasto, ya que los gastos no constituyen salario.**

Salario regular \$ \_\_\_\_\_ Comisiones \$ \_\_\_\_\_ \* Prestaciones \$ \_\_\_\_\_ Deducciones al salario \$ \_\_\_\_\_

Tiempo extra \$ \_\_\_\_\_ Gratificación sin pagar \$ \_\_\_\_\_ Salario inferior al mínimo \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL DE LOS SALARIOS ATRASADOS QUE SE RECLAMAN \$ \_\_\_\_\_.**

\* *Los únicos beneficios adicionales que puede reclamarse son los siguientes: pago por vacaciones o días feriados, indemnización por despido, permiso por enfermedad, permiso para el cuidado de niños menores, tiempo libre pagado o días libres pagados. Para poder reclamar, estos beneficios tendrán que haberse otorgado mediante un acuerdo o política escrita del empleador.*

11. ¿En qué fecha debió haberse pagado el salario que se reclama? \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

12. En caso de reclamar un **salario regular, salario por tiempo extra, y/o salario mínimo**, ¿cuáles son las fechas en qué Ud. trabajó sin recibir el salario? Del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Favor de explicar cómo calculó las sumas que reclama y proporcionar un desglose de los días y horas trabajadas.** (Por ejemplo, 20 horas al salario regular a razón de \$5.00 por hora más 5 horas de tiempo extra a \$7.50 la hora. Otro ejemplo: 30 artículos a razón de 75 centavos por pieza.) **Sírvase adjuntar los talones de cheques o la declaración de ganancias.** Use el accesorio situado en la parte trasera de las instrucciones para proporcionar un desglose de los días y horas trabajado.

13. En caso de reclamar **comisiones o gratificación**, ¿durante qué período se ganó el salario que se reclama?

Del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Favor de explicar cómo calculó las sumas que reclama. **(Adjunte información en apoyo de su reclamo, tales como constancias de ventas, talones de cheques, etc.).**

Fue la comisión o gratificación, parte de su acuerdo laboral o era un simple regalo. \_\_\_\_\_. Favor de dar detalles de la comisión o gratificación y **adjuntar copia.** \_\_\_\_\_

14. En caso de reclamar cobertura por una **prestación**, favor de indicar que prestación(es) o beneficio(s) reclama y por qué tiene derecho a tal salario. Favor de calcular cómo calculó la suma que se debe e **adjuntar copia** del acuerdo escrito o norma oficial del patrón referente al tipo de prestación(es) que reclama. \_\_\_\_\_

15. En caso de reclamar **deducciones**, indique si firmó alguna autorización para deducciones aparte de las que normalmente se descuentan del salario?

Sí  No  No sé En caso afirmativo, favor de explicar **(adjuntar copia).** \_\_\_\_\_

16. ¿Tiene usted conocimiento de algún **acuerdo** (tal como arbitraje, acuerdo de negociación colectiva, contrato sindical, ERISA, Acción de Servicio Contratado, etc.) que se haya concertado entre usted y el patrón?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase adjuntar copia de dicho acuerdo.

17. Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**ENTIENDO QUE EN CASO DE DETERMINARSE QUE ESTE RECLAMO FUE INICIADO DE MALA FE QUEDARÉ SUJETO/A A LA IMPOSICIÓN DE UNA SANCIÓN ADMINISTRATIVA.**

Para ser considerado válido, su reclamo salarial deberá **ser completado a continuación y firmado como verdadero bajo pena de perjurio.**

Mi nombre y apellido son \_\_\_\_\_, mi fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_  
(Primer nombre) (Seg. Nombre) (Apellido) (mes/día/año)

y mi dirección es \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal) (País)

**Declaro bajo pena de perjurio que la información precedente es verdadera y correcta.**

Celebrado en el Condado de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Mes) (Año)

**Declarante (firma)**