



Formulario de Queja de Normas Laborales

Este es el formulario de queja en línea de la División de Normas Laborales y Estadísticas de Colorado. Este formulario puede utilizarse para quejas sobre sueldos no pagados; periodos de comida, descanso, y ausencias por enfermedad no proporcionados o no pagados, violaciones de derechos laborales en la agricultura, y ciertos tipos de represalias. El proceso de la División es un servicio gratuito disponible a los empleados, sin importar su estatus migratorio, quienes no tienen un caso en curso en la corte.

Si tiene documentos para apoyar su queja, por favor incluirlos con este formulario cuando lo envíe. Ejemplos de documentos útiles incluyen talones de cheque, mensajes de texto y correos electrónicos enviados al empleador, tarjetas de tiempo trabajado, manuales, acuerdos, etc.

Por favor tenga en cuenta que este proceso tomará varios meses en completarse, y puede pasar algún tiempo antes de que la División se comunique con usted. La División se comunicará con usted cuando comencemos con nuestra revisión de su queja.

Para más información sobre las leyes que la División hace valer, el proceso de queja de la División, u otras preguntas, puede comunicarse con la División por teléfono al 303-318-8441 o 1-888-390-7936 (sin cobrar). El horario del centro de servicio al cliente es lunes, miércoles, y viernes de 9 am a 4 pm, y martes, jueves de 9 am a 1 pm. También puede visitar nuestra página de internet en leyeslaboralesdecolorado.gov o mandar un correo electrónico a cdle_labor_standards@state.co.us. La dirección postal de la División es 633 17th Street Denver, Colorado 80202-2107.

Tipo(s) de Quejas

Por favor revise los siguientes Tipos de Reclamos antes de seleccionar y agregar todos aquellos que apliquen a su Reclamo. Para más información sobre las leyes bajo la autoridad de la División, vaya a www.coloradolaborlaw.gov.

Use las descripciones abajo para ayudarlo a decidir qué tipo de reclamo tiene que presentar. En las páginas que siguen, para cada Tipo(s) y subtipo(s) de reclamo que seleccione, se le pedirá proporcionar información adicional.

Monetario

- Sueldos Finales no Pagados: Ya no trabaja para el empleador, y no se le han pagado todos los sueldos finales adeudados.
- Sueldos por Trabajo Realizado y no Pagado: Se le pagó parte pero no todo el trabajo que realizó, y los sueldos fueron adeudados antes de su cheque más reciente.
- Tiempo Extra no Pagado: Tiene derecho a tiempo extra, pero no se le pagó la tasa de tiempo extra correcta.
- Sueldo Mínimo no Pagado: Tiene derecho al sueldo mínimo, pero no recibió el sueldo mínimo por el tiempo trabajado.
- Periodos de Comida Trabajados y no Pagados: Trabajó durante un periodo de comida, pero el empleador no contó el tiempo trabajado en el número total de horas trabajadas.
- Periodos de Descanso no Proporcionados: No se le dieron sus periodos de descanso/breaks requeridos.
- Comisión no Pagada: No se le pagaron sus comisiones como fue acordado con el empleador.
- Bono no Pagado: Su bono ganado no fue pagado como fue acordado con el empleador.
- Pago de Vacaciones/PTO al Separarse no Pagadas: Tiene vacaciones/PTO ganadas y sin usar que el empleador no le pagó cuando dejó el empleo.
- Deducciones no Permitidas por la Ley: El empleador hizo deducciones de sus sueldos que no son permitidas por la ley.
- Cheque sin Fondos: Su cheque que el empleador le dio no fue honrado por el banco.
- Propinas no Pagadas: Las propinas que le pertenecían a usted no fueron pagadas, fueron compartidas con otros que no deben recibir propinas, o el empleador se quedó con una porción sin seguir los requisitos de la ley.
- Pago por Enfermedad: Se ausentó del trabajo por motivos permitidos por HFWA, y no se le pagó por ese tiempo.
- Otros Sueldos no Pagados.
- Reclamos de Salarios (de cualquiera de los tipos arriba) que usted presente por usted y de parte de otros empleados con un reclamo similar contra el mismo empleador.

Condiciones Laborales Agrícolas

- Reglas del Calor: El empleador no siguió las reglas del calor concerniente a sombra, agua, o descanso en un día cálido, o reglas sobre capacitación, planes de seguridad al calor, o ventiladores durante un año cálido. La mayoría de las reglas aplican cuando está a 80°F o más ese día o ese año, pero más reglas aplican durante cierto trabajo (p.ej. cuando está a 95°F o durante los primeros 4 días de trabajo). Vea [INFO #12C](#).
- Acceso a Proveedores de Servicios, Visitantes, Transportación: El empleador no le permitió ver a un proveedor de servicios (p.ej. un doctor, promotora, abogado, maestro, líder religioso), no le permitió ver a un visitante (si vive en la vivienda del empleador), no le proporcionó transporte al pueblo, no le dio un mensaje para usted, o no le dio un descanso para hablar o ver a un proveedor de servicios durante una semana larga. Vea [INFO #12B](#). Si usted es un proveedor de servicios y no se le dio acceso a un empleado, seleccione esta opción.
- Uso de Herramientas, Deshierbe/Desahije Manual: El empleador hizo que utilizara un azadón de mango corto, hizo que hiciera deshierbe manual o usara una herramienta de mango corto que no es permitida, o no le dio guantes y rodilleras para deshierbe manual. Vea [INFO #12C](#).
- Derechos de Emergencia de Salud Pública: Durante una emergencia de salud pública, no hubo suficiente espacio en la vivienda proporcionada por el empleador, el empleador no le dio capacitación de seguridad, o el empleador no le dio información sobre consejos de seguridad durante la emergencia. Vea [INFO #12C and #12D](#).

Reclamos de Represalias e Interferencia

- Derechos Laborales Agrícolas: se tomaron represalias en su contra por usar los derechos o protecciones para los trabajadores agrícolas (como acceso a proveedores de servicio, requisitos de vivienda, o límites en cierto uso de herramientas), o por hacer una queja o ayudar con una investigación sobre esos derechos, o se le impidió usar esos derechos. Vea [INFORMACIÓNES #12-12D](#) para más información.
- Acta de Familias y Lugares de Trabajos Saludables (“HFWA” por sus siglas en inglés): se tomaron represalias en su contra por usar o tratar de usar o defender los derechos a ausencia por enfermedad, decirle a otro empleado o ayudarlo a usar ausencia por enfermedad, o hacer una queja o ayudar con una investigación sobre esos derechos, o se le impidió usar esos derechos. Vea [INFO #6B](#) para más información.
- Expresión Protegida de Salud/Seguridad y Ley de Denunciantes (“PHEW” por sus siglas en inglés): en el lugar de trabajo, se tomaron represalias en su contra por utilizar su propio equipo de protección personal, plantear una preocupación sobre una amenaza a la salud o seguridad o una ley que no se estaba siguiendo, o hacer una queja o ayudar con una investigación sobre esos derechos, o se le impidió usar esos derechos. Vea [INFO #5](#) para más información.
- Sueldos: se tomaron represalias en su contra por hacer o presentar una queja de sueldos o ayudar con una investigación.
- Otro: se tomaron represalias en su contra por usar o defender derechos o protecciones bajo una ley aplicada por la División no cubierta arriba.

No Monetario

- Sueldos Pagados pero no a Tiempo: El empleador ya le pagó los sueldos, pero los sueldos no fueron pagados en el día de pago regular o como se requiere por ley.
- Talón de Cheque Detallado no Proporcionado: El empleador no le proporcionó talones de cheque detallados como se requiere por ley.
- Violaciones de Periodos de Comida: No se le permiten periodos de comida como se requiere por ley.
- Otro Reclamo No Monetario.

Documentos para Incluir

- ¡IMPORTANTE! Por favor incluya todas las copias de documentos que tenga que ayudarán a la División a entender su reclamo cuando lo envíe. NO envíe originales. Estos pueden incluir:
- Talones de Cheque
- Correos Electrónicos o Mensajes de Texto con el Negocio Sobre el Problema
- Quejas que Usted hizo con el Negocio sobre el Problema
- Manuales o Políticas del Empleo
- Cualquier Acuerdo Firmado
- Acuerdo de Comisiones por Escrito
- Cualquier otro archivo que sea relevante para el reclamo

Complete todas las secciones marcadas con un asterisco (*) que sean relevantes para su(s) reclamo(s). No es necesario que llene, o imprima, secciones que no se relacionen con su queja. No olvide incluir su firma en la página 25.

Nota: soporte de lector de pantalla habilitado para este formulario.

División de Normas Laborales y Estadísticas de Colorado | 633 17th Street, Denver, CO 80202-2107
Main: (303) 318-8441 | Toll Free: 1-888-390-7936 | Fax: (303) 318-8400 | Email: cdle_labor_standards@state.co.us

Sección A: Información del Reclamante *(Por favor llene esta información sobre la persona con el reclamo)* Sr. Mx.
 Sra. Ind.

Nombre*

Apellido*

Correo electrónico

Teléfono

Otro Teléfono

¿Está bien si la División manda mensajes por texto?*

 Si No

Si es así, ¿a qué número de teléfono celular?*

Dirección Postal (Calle/PO Box) *(Esta es la dirección donde se le envía correo postal. A veces es diferente a la dirección física donde vive.)*

Ciudad

Estado

Código Postal

Idioma Preferido: Inglés Español Otro

Si "otro," ¿necesita un intérprete?*

 Si No

Si es así, ¿Qué idioma prefiere usar?*

¿Cómo le gustaría recibir correspondencia de la División? Correo postal Correo electrónico Ambos**Sección B: Representante Autorizado** *(Si no tiene un representante autorizado, pase a la Sección C.)*

Usted puede elegir a alguien como "Representante Autorizado" para ayudarlo con su reclamo. Este puede ser un abogado, un familiar o amigo, una organización, o cualquier otra persona que usted quiera que le ayude con su reclamo, que conteste preguntas de la División durante la investigación, o que tome decisiones sobre el reclamo.

Al tener y autorizar un representante, usted está permitiendo 1) que la División solicite o comparta información y documentos sobre el reclamo con el representante; 2) que el representante comparta información y documentos con la División; y 3) que el representante tome decisiones por usted sobre este reclamo.

Agregue tantos Representantes Autorizados como usted necesite para ayudarlo con este reclamo. Para agregar Representantes Autorizados adicionales, por favor imprima y rellene copias adicionales de la Sección B (página 3) de este formulario.

 Sr. Mx.
 Sra. Ind.

Nombre*

Apellido*

Nombre de la Organización

Relación con el Representante Autorizado

Teléfono

Teléfono 2

Correo electrónico

Número de Fax

Dirección Postal (Calle/PO Box)

Ciudad

Estado

Código Postal

Al agregar a este Representante Autorizado, he leído y comprendido las condiciones bajo la sección de Representante Autorizado de este formulario y autorizo a la División a interactuar con el individuo/organización designado como mi representante autorizado.*

 Estoy de acuerdo y permito a esta persona ser mi Representante Autorizado*

Sección C: Información del Empleador (Para agregar múltiples empleadores a su reclamo, por favor imprima y rellene copias adicionales de la Sección C (página 4.)

Nombre del Negocio o Empleador*	Tipo de Negocio ¿qué hace o vende el empleador?*	
Dirección Postal del Negocio (se encuentra con frecuencia en cheques o talones de cheque)		
Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre de la Persona a Cargo	Apellido de la Persona a Cargo	
¿Todavía sigue operando la compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se	Número Total de Empleados (si se sabe)	Número Total de Contratistas (si se sabe)

Dirección del Lugar de Trabajo

Dirección donde trabajó (si es diferente a la dirección postal del empleador)		
Ciudad donde trabajó	Estado donde trabajó	Código postal donde trabajó

Teléfonos y Correos Electrónicos del Empleador

Teléfono	Tipo de Teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Alternativo <input type="checkbox"/> Otro	
Teléfono 2	Tipo de Teléfono 2 <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Alternativo <input type="checkbox"/> Otro	
Correo electrónico	Tipo de Correo electrónico	
Correo electrónico 2	Tipo de Correo electrónico 2	

Sección D: Responsabilidad Individual (Personas que Controlan el Negocio) Responsable de su Queja (Si no está haciendo una queja en contra de un individuo además de un negocio, por favor pase a la Sección E.)

Un trabajador puede presentar quejas contra negocios así como contra personas con suficiente control sobre el negocio. Control puede ser:

- 1) ¿tuvo la persona el poder de despedirlo, y contratar a un reemplazo?
- 2) ¿creó la persona su horario de trabajo?
- 3) ¿estableció la persona su tasa de pago?
- 4) ¿mantuvo la persona sus archivos de empleo? y/o
- 5) ¿tuvo la persona el poder de tomar decisiones financieras para el negocio?

Si usted cree que una persona tiene suficiente control, la División puede agregarla a la investigación y determinar si el negocio y la persona son ambos responsables por su queja. Para agregar individuos adicionales, por favor imprima y rellene copias adicionales de la Sección D (páginas 4-5) de este formulario.

Me gustaría que el negocio y esta persona sean nombrados en la investigación.

Nombre de la parte Individualmente Responsable*	Apellido de la parte Individualmente Responsable*
Título de la parte Individualmente Responsable	Puesto de la parte Individualmente Responsable*

Dirección Postal de la parte Individualmente Responsable		
Ciudad de la parte Individualmente Responsable	Estado de la parte Individualmente Responsable	Código Postal de la parte Individualmente Responsable
Teléfono de la parte Individualmente Responsable	Correo electrónico de la parte Individualmente Responsable	

Sección E: Información del Empleo

Un trabajador agrícola realiza servicios o actividades agrícolas, incluyendo la cosecha o cultivo de cultivos, el cuidado de ganado o las aves de corral, y el empaque o preparación de cultivos para el mercado; o que trabaja en una granja (o para un agricultor) realizando trabajos relacionados con las operaciones de la granja.

¿Es usted un trabajador agrícola, o esta queja está relacionada con un trabajador agrícola?*

Sí No Necesito ayuda para responder

Si "sí," cuál es su relación con el(los) empleado(s)/trabajador(es)?*

Uno mismo Proveedor de Servicio Denunciante Otro (p.ej. Familia, Proveedor de atención/apoyo, Compañero de trabajo)

Si "otro," por favor describa su relación con el empleado(s)/trabajador(es) Título/Posición*

¿Dice el empleador que usted es un contratista independiente, o recibió una forma de impuestos 1099?*

Sí No No se

Describa lo que hacía para el empleador.*

Fecha en que comenzó a trabajar para el empleador.* ¿Sigue trabajando para el empleador?* Sí No

Si no, razón de la separación

Terminado/Despedido(a): Renuncia/Jubilado(a): Otro:

Si no, última fecha que trabajó*

Sección F: Información del Pago

Tasa de pago actual o final	Mi tasa de pago es por: <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otro (explique) <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Pieza <input type="checkbox"/> Año	Si selecciona, "Otro", por favor de ingresar la descripción en el área "Otro Tipo de Tasa":
-----------------------------	--	---

¿Cada cuándo se le pagaba? (Nota: "Cada dos semanas" y "Dos veces por mes" no son lo mismo. Por favor llame a la división si tiene preguntas. Si selecciona "Otro", por favor ingrese la descripción en el área de abajo.)

Día Cada dos semanas* Mes Otro (explique) Dos veces por mes* Semana

Si "otro", Por favor explique cada cuando su empleador le paga/pagaba.*

¿Se le pagaban bonos, comisiones, o propinas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Semana Laboral fija del Empleador (“Semana laboral” significa cualquier período fijo de 168 horas (7 días) consecutivas empezando el mismo día de calendario y hora cada semana.) <input type="checkbox"/> Lunes a Domingo <input type="checkbox"/> Jueves a Miércoles <input type="checkbox"/> Domingo a Sábado <input type="checkbox"/> Martes a Lunes <input type="checkbox"/> Viernes a Jueves <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Miércoles a Martes <input type="checkbox"/> Sábado a Viernes		
¿Cuántos días trabaja/trabajaba usualmente en una semana laboral?*	¿Cuántas horas trabaja/trabajaba usualmente en un día laboral?*	Fecha del talón de cheque más reciente que recibió (incluya una copia del talón de cheque si está disponible)	¿Ha presentado una queja o caso en la corte?*
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se
Queja Presentada (Si no ha presentado una queja o caso en la corte, pase a la Sección G)			
¿En qué fecha presentó la queja o caso en la corte?*	¿En qué estado presentó la queja o caso en la corte?*	¿Cuál fue el resultado de la queja o el caso que presentó en la corte?*	

Sección G: Tipo(s) de Queja
Paso 1: Seleccione uno o más Tipo(s) de Reclamo* (Vea páginas 1-2 para más información)
<input type="checkbox"/> Monetario <input type="checkbox"/> Condiciones Laborales Agrícolas <input type="checkbox"/> Reclamos de Represalias e Interferencia <input type="checkbox"/> No-Monetario
Paso 2: Seleccione subtipos para cada tipo de reclamo que seleccionó.
Tipos de Reclamo Monetario (Seleccione todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Sueldos Finales no Pagados <input type="checkbox"/> Periodos de Comida <input type="checkbox"/> Bono no Pagado <input type="checkbox"/> Cheque sin Fondos <input type="checkbox"/> Sueldos por Trabajo Realizado y no Pagado <input type="checkbox"/> Trabajados y no Pagados <input type="checkbox"/> Pago de Vacaciones/PTO al Separarse no Pagadas <input type="checkbox"/> Propinas no Pagadas <input type="checkbox"/> Tiempo Extra no Pagado <input type="checkbox"/> Periodos de Descanso no Proporcionados <input type="checkbox"/> Deducciones No Permitidas por la Ley <input type="checkbox"/> Pago por Enfermedad <input type="checkbox"/> Sueldo Mínimo no Pagado <input type="checkbox"/> Comisión no Pagada
Tipos de Reclamos de Condiciones Laborales Agrícolas (Seleccione todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Reglas de Seguridad al Calor <input type="checkbox"/> Uso de Herramientas, Deshierbe/Desahije Manual <input type="checkbox"/> Acceso a Proveedores de Servicios, Visitantes, Transportación, o Vivienda <input type="checkbox"/> Derechos de Emergencia de Salud Pública en la Agricultura
Tipos de Reclamos de Represalias e Interferencia (Seleccione todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Derechos Laborales Agrícolas <input type="checkbox"/> HFWA <input type="checkbox"/> PHEW <input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Otros
Tipos de reclamos No Monetarios (Seleccione todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Sueldos Pagados pero no a Tiempo <input type="checkbox"/> Violaciones De Periodos de Comida <input type="checkbox"/> Talón de Cheque Detallado no Proporcionado <input type="checkbox"/> Otro Reclamo No-Monetario
Ubicación(es) de Formularios de Reclamos
Por favor vaya a las siguientes secciones para sus Tipos de Reclamo seleccionados:*
Reclamos Monetarios están localizados en la Sección H a la Sección J (páginas 7-11) Reclamos de Condiciones Laborales Agrícolas están localizados en la Sección K (páginas 12-13) Reclamos de Represalias e Interferencia están localizados en la Sección L a la Sección P (páginas 14-22) Reclamos No-Monetarios están localizados en la Sección Q (página 23) Detalles adicionales sobre su reclamo (todo tipos de reclamos) pueden agregarse en la Sección R (página 24) *La firma requerida para presentar su reclamo (todos tipos de reclamos) está localizada en la Sección S (página 25)

Sección H: Tipo de Reclamo Monetario (Por favor rellene esta sección SOLO si seleccionó un Tipo de Reclamo Monetario. Rellene una descripción para CADA subtipo de Tipo de Reclamo Monetario que seleccionó. Si NO tiene un Tipo de Reclamo Monetario, pase a la Sección K.)

Detalles de Reclamos Monetarios

Por favor proporcione información sobre sus Reclamos Monetarios*

Detalles de Cálculo

Explique qué cantidad(es) se le debe y por qué. Por favor proporcione fechas, horas trabajadas, cantidades ganadas/pagadas, y la tasa de pago (por hora, salario, bono, comisión, propinas) para demostrar sus cálculos. Si no puede proporcionar una cantidad exacta, por favor proporcione un estimado y explique cómo estimó esa cantidad.

Si tiene múltiples reclamos, proporcione cantidades separadas y explicaciones para cada tipo y una cantidad total. (p.ej. \$500.00 por pago final y \$500.00 por tiempo extra no pagado = \$1,000 cantidad total reclamada). Por favor incluya cualquier récord que tenga para apoyar su reclamo o para ayudar a la División a entender su reclamo (p.ej. records de tiempo, políticas de la compañía, talones de cheque, etc.) cuando envíe su reclamo.

POR FAVOR NOTE: La División no puede aceptar reclamos por más de \$7,500.00 por empleado. Si usted cree que se le deben más de \$7,500 y quiere seguir adelante, solo puede reclamar \$7,500.00 en sueldos.

Cantidad Total Reclamada*

Detalles de Cálculo*

Ejemplos de Cálculos

1) Se me pagaba un salario de \$1,800.00 dos veces por mes, y no se me pago por mi última semana y 3 días de trabajo. Se me deben \$1,329.22 en sueldos finales.

\$1,800.00 salario bimensual x 2 = \$3,600.00 salario mensual
\$3,600.00 salario mensual x 12 = \$43,200.00 salario anual
\$43,000.00 salario anual / 52 semanas = \$830.77 salario semanal
\$830.77 salario semanal / 5 días de trabajo por semana = \$166.15 salario diario
1 semana = \$830.77 salario semanal adeudado por una semana
3 días = \$166.15 salario diario x 3 días = \$498.45 adeudado por la segunda semana
\$830.77 + \$498.45 = \$1,329.22 adeudado

2) No se me pagó correctamente mi tiempo extra. No estoy seguro cuantas horas trabajaba por semana, pero mi mejor estimado es que trabajaba en promedio 45 horas por semana y siempre se me pago \$15.00 por todas las horas trabajadas. Mi primer día fue el 6 de julio de 2020 y renuncié el 4 de diciembre de 2020. Se me deben \$825.00 por tiempo extra no pagado.

\$15.00 tasa por hora x 1.5 = \$22.50 tasa de tiempo extra.

40 horas x \$15.00 tasa regular = \$600.00 pago regular ganado por semana

5 horas x \$22.50 tasa de tiempo extra = \$112.50 pago de tiempo extra ganado por semana

\$600.00 + \$112.50 = \$712.50 total ganado por semana

\$712.50 total ganado por semana x 22 semanas trabajadas = \$15,675.00 total ganado

45 horas trabajadas por semana x \$15.00 pagado = \$675.00 pagado por semana

\$675.00 pagado por semana x 22 semanas trabajadas = \$14,850.00 total pagado

\$15,675.00 ganado - \$14,850.00 pagado = \$825.00 adeudado

3) No se me pagaron mis vacaciones cuando me despidieron. Mi salario semanal era de \$875.00 y tenía 56.2 horas de vacaciones sin usar. Se me deben \$1,229.66 en vacaciones.

\$875.00 salario semanal / 40 horas promedio trabajadas por semana = \$21.88 tasa por hora

\$21.88 tasa por hora x 56.2 horas de vacaciones sin pagar = \$1,229.66 adeudado.

Demanda por Escrito para el Pago de Sueldos

Usted puede enviarle al empleador una demanda por escrito para el pago de sueldos por los sueldos adeudados cuando son pagaderos. Si no se hace el pago completo dentro de 14 días de calendario después de que la demanda es enviada, el empleador puede tener que pagar sanciones, además de los sueldos adeudados. Si usted no envió una demanda por escrito, la primera carta de la División al empleador es la demanda por escrito.

La División proporciona un formulario de demanda por escrito para el pago de sueldos en la página de internet de la División que usted puede elegir usar. Puede encontrarse en leyeslaboralesdecOLORADO.gov, bajo la sección de "Demandas, Quejas, Respuestas, y Acuerdos", busque la sección Worker Forms/Formas de Trabajador (Complaints, Demands, Settlements) y localice el formulario de Demanda de Pago de Salarios. No necesita usar este formulario para mandar una demanda – una demanda puede también ser un mensaje de texto, correo electrónico, o carta al empleador pidiendo el pago de los sueldos, y puede enviarse de parte de otros empleados junto con usted. Por favor guarde prueba de cómo y cuándo envió la demanda (p.ej. recibo de correo, correo electrónico, mensaje de texto).

Detalles de la Demanda por Escrito

¿Usted o alguien quien le ayudó le envió o entregó una demanda por escrito al empleador por carta, correo electrónico o mensaje de texto después que no le pagaron sus sueldos (o después de que se los pagaron tarde)?*

Si No No se

Fecha que se le Envío la Demanda al Empleador

Dirección, correo electrónico, o número de teléfono al que la Demanda fue enviada o entregada

Fecha de la Respuesta del Empleador, si alguna

Razón del Empleador para No Pagar los Sueldos, si alguna

Sección I: Comisiones y Bonos (Por favor rellene esta sección SÓLO si seleccionó “Comisión no Pagada” o “Bono no Pagado” como Tipo de Reclamo Monetario.)

Detalles de Comisiones y Bonos

¿Hubo un acuerdo escrito de comisiones o bonos? (Si es así, por favor incluya una copia con su queja*

Si No

¿Cuándo son ganadas las comisiones o bonos? (p.ej. fecha de venta, fecha de entrega, fecha de pago, etc.)? (p.ej. fecha de venta, fecha de entrega, fecha de pago)?*

¿Cuál es la tasa de pago que se le pagaba por sus comisiones o bonos?*

Si una orden o producto se devolvía, cancelaba, o no era aceptable por el cliente, ¿se cancelaba, reducía, o regresaba su comisión o bono (un “charge back”)??*

Si No

Comisiones ganadas y no pagadas (Por favor rellene esta sección SÓLO si seleccionó “Comisión no Pagada” como Tipo de Reclamo Monetario.)

Por favor proporcione cualquier información disponible de las comisiones que se le deben. Esta puede ser nombres de clientes, números de factura, detalles sobre sorteo de bonificación mensual, y las cantidades que cree se le debe.*

Bonos ganados y no pagados (Por favor rellene esta sección SÓLO si seleccionó “Bono no Pagado” como Tipo de Reclamo Monetario.)

Por favor proporcione las cantidades involucradas y detalle las metas que cree que alcanzó para ganar los bonos que está reclamando.*

Sección J: Pago por Ausencia de Enfermedad (Por favor rellene esta sección SÓLO si seleccionó "Pago por Enfermedad" como Tipo de Reclamo Monetario.)

Si su reclamo es por pago por ausencia de enfermedad, por favor seleccione cuando tomó su ausencia por enfermedad. Si tomó su ausencia por enfermedad en el 2020 y 2021 o posteriormente, seleccione ambas opciones.*

- Yo tomé ausencia por enfermedad y no se me pagó en el 2020
 Yo tomé ausencia por enfermedad y no se me pagó en el 2021 o después

Ausencia por Enfermedad Tomada en 2020 (Por favor rellene esta sección SÓLO si seleccionó "Yo tomé ausencia por enfermedad y no se me pagó en el 2020".)

Hasta el 31 de diciembre, 2020, la mayoría de empleadores en Colorado sin importar su tamaño, estaban requeridos a proporcionar hasta dos semanas (80 horas) de ausencias pagadas dependiendo del número de horas regularmente trabajadas por el empleado, si el empleado:

- Tuvo síntomas de COVID-19 o estaba buscando un diagnóstico médico,
- Un agente del gobierno (federal, estatal, o local), o un proveedor de salud, le dijo que se pusiera en cuarentena o se aislara debido a un riesgo de COVID-19, o
- Necesitaba cuidar de:
 - alguien a quien un agente del gobierno o proveedor médico le dijo que se pusiera en cuarentena o se aislara debido a COVID-19, o
 - un niño cuya escuela, lugar de cuidado, o guardería fue cerrada o indisponible debido a COVID-19.

Si a usted le fue negado el pago por ausencia tomada en el 2020 por una de las razones de arriba, por favor responda las preguntas abajo

¿Qué días perdió de trabajo los cuales tenía que trabajar?*

Seleccione todos los que apliquen:*

- Yo tuve síntomas de COVID-19 y estaba tratando de hacerme la prueba o esperando los resultados de una prueba.

Fechas de los síntomas de COVID.*

Nombre del Proveedor Médico (por ejemplo, el doctor o clínica a la que fue para cuidado).*

- Un agente del gobierno o agencia (federal, estatal, o local), o un proveedor de salud, me dijo que me pusiera en cuarentena o aislara debido a un riesgo de COVID-19.

¿Cuándo se le dijo que se pusiera en cuarentena o aislara?*

¿Cuál es el nombre del proveedor médico o agente del gobierno o agencia que le dijo que se pusiera en cuarentena o aislara?*

Yo tuve que cuidar de (1) alguien a quien un agente del gobierno o proveedor médico le dijo que se pusiera en cuarentena o se aislara debido a COVID-19, o (b) un niño cuya escuela, lugar de cuidado, o guardería fue cerrada o indisponible debido a COVID-19.

¿Para quién pidió ausencia para cuidar (por ejemplo, sus hijos, su cónyuge, su padre)?*

¿Cuáles fueron las fechas que usted quería estar ausente del trabajo para cuidar del individuo(s)?
Incluya la primera y última fecha de la ausencia que pidió tomar.*

Describa cualquier prueba que le dio a su empleador sobre la ausencia que pidió tomar (incluyendo correos electrónicos, mensajes de texto, cartas, etc.). Recuerde incluir una copia cuando envíe su queja.*

Ausencia por Enfermedad Tomada en 2021 o después (Por favor rellene esta sección SÓLO si seleccionó "Yo tomé ausencia por enfermedad y no se me pagó en el 2021 o después.")

Empezando el 1 de enero 2021, los empleados ganan 1 hora pagada de ausencia por enfermedad por cada 30 horas trabajadas, hasta 48 horas por año. El empleado tiene derecho a usar su ausencia por enfermedad ganada para muchas razones.

¿Para quién tomó o pidió tomar la ausencia?*

- Un miembro de familia
- Usted mismo

¿Por qué tomó o pidió la ausencia? Seleccione de la lista abajo:*

- Razones relacionadas con el COVID-19
- Una enfermedad física o mental, etc.
- Obtener cuidado médico para prevenir o encontrar problemas
- Abuso, agresión, o acoso
- Un agente del gobierno o agencia cerró mi trabajo o el lugar de cuidado de mi hijo.
Nombre del agente o agencia (por favor adjunte una copia de la orden con su queja)

¿Qué días de trabajo perdió que tenía que trabajar?*

Explique porque necesitaba la ausencia*

¿Cuándo fue la primera vez que le dijo a su empleador que necesitaba tomar la ausencia? ¿Cómo le dijo a su empleador que necesitaba la ausencia (p.ej. mensaje de texto, en persona, correo electrónico, por teléfono)?*

Sección K: Tipos de Reclamos de Condiciones Laborales Agrícolas (Por favor rellene esta sección SÓLO si seleccionó un Tipo de Reclamo de Condiciones Laborales Agrícolas. Si NO tiene un Reclamo de Condiciones Laborales Agrícolas, pase a la Sección L.)

Usted indicó que su empleador violó reglas o derechos relacionados con las condiciones laborales agrícolas bajo la Ley de Derechos Y Responsabilidades Agrícolas (ALRRA por sus siglas en inglés), y/o las Reglas de Condiciones Agrícolas (p.ej. seguridad al calor, acceso a proveedores de servicio/visitantes/transporte, herramientas o deshierbe/desahíje manual, o derechos de emergencia de salud pública en la agricultura).

Por favor responda las siguientes preguntas sobre la regla(s) o derecho(s) que fueron violados.

Si usted es un proveedor de servicios a quien le fue negado el acceso a los empleados, use este formulario, y rellene las preguntas relevantes.

Reglas de Seguridad al Calor

Tipo(s) de regla(s) al calor violada(s) (seleccione todos los que apliquen):*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agua | <input type="checkbox"/> Capacitación |
| <input type="checkbox"/> Sombra | <input type="checkbox"/> Plan/procedimientos de seguridad |
| <input type="checkbox"/> Descanso (incluyendo descanso extra en condiciones de mayor riesgo) | <input type="checkbox"/> Ventiladores en vivienda proporcionada por el empleador |
| <input type="checkbox"/> Notificación de derechos en condiciones de mayor riesgo | <input type="checkbox"/> Otro |

Acceso a Proveedores de Servicio, Visitantes, Transporte, o Vivienda

Regla(s) o derecho(s) violado(s) (seleccione todos los que apliquen):*

- Acceso a proveedor de servicios
- Acceso a visitantes en la vivienda proporcionada por el empleador
- Transporte a servicios para trabajadores en vivienda proporcionada por el empleador
- Acceso a vivienda
- Acceso a comunicación
- Descanso de una hora para comunicarte con proveedor de servicios si trabajó más de 40 horas
- Una hora de descanso pagada para acceso a proveedor de servicios si trabajó más de 60 horas (2 descansos si trabajó más de 70 horas)
- Otro

Uso de Herramientas o Deshierbe/Desahíje Manual

Regla(s) o derecho(s) violado(s) (seleccione todos los que apliquen):*

- Uso requerido de un azadón de mango corto
- Deshierbe/desahíje manual requerido
- Guantes/rodilleras no proporcionadas para el deshierbe/desahíje manual, o tapado manual
- Otro

Derechos de Emergencia de Salud Pública (PHE) en la Agricultura

Regla(s) o derecho(s) de PHE violados (seleccione todos los que apliquen):*

- Pies cuadrados en la vivienda proporcionada por el empleador
- Materiales de orientación de PHE/información de contacto de Servicios Legales de Colorado no proporcionados
- Capacitación de seguridad de PHE no proporcionada
- Otro

Descripción del Reclamo de Condiciones Laborales Agrícolas

Fecha(s) en que la violación(es) ocurrió.*

Describa lo que pasó*

Nombre(s) y título(s) de la persona o personas que fueron responsables de las violaciones.

¿Qué razón(es), si alguna, le dio el empleador por sus acciones o por el incumplimiento de los requisitos?

Describa lo que espera que pase a causa de esta queja (p.ej. daños tales como pago atrasado por el tiempo que estuvo fuera por las acciones del empleador, que el empleador deje de hacer estas acciones contra los empleados)*

Sección L: Tipos de Reclamos de Represalias e Interferencia (Por favor rellene esta sección SÓLO si seleccionó un Tipo de Reclamo de Represalias. Si NO tiene un Reclamo de Represalias, pase a la Sección M.)

Si tuvo múltiples posiciones con el negocio, enliste sus títulos y las fechas que tuvo cada posición

¿He presentado una queja con otra agencia de gobierno (p.ej. OSHA, CDPHE, CCRD, EEOC)?*

Si No se

No

Si es así, ¿cuál es el nombre de la agencia?*

Si es así, ¿Cuándo presentó su reclamo con la agencia?*

¿Cómo fue la represalia en su contra?*

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fui despedido o terminado | <input type="checkbox"/> Fui acosado en el trabajo, (esto puede incluir amenazas) | <input type="checkbox"/> El negocio tomó represalias contra mí o me acosó fuera del trabajo (p.ej. me reportó a inmigración, hizo amenazas contra mí en mi hogar) |
| <input type="checkbox"/> Mi sueldo fue recortado | <input type="checkbox"/> El negocio me pidió estar de acuerdo en no hablar a otros sobre prácticas o peligros de salud o seguridad en el trabajo | <input type="checkbox"/> Experimenté otro tipo de represalia |
| <input type="checkbox"/> Se me negó un ascenso | | |
| <input type="checkbox"/> Mis horas fueron cambiadas | | |
| <input type="checkbox"/> Fui disciplinado | | |

Fecha(s) que sufrió las represalias.*

Describa qué pasó.*

¿Piensa que el empleador o el negocio sabía de su actividad protegida por la ley? Si No No se
Explique por qué piensa que el empleador o el negocio sabía.*

Nombre(s) y título(s) de la persona o personas que tomaron represalias en su contra.*

¿Qué razón(es) le dio el negocio por sus acciones, si alguna?*

¿Cuál piensa usted que fue la verdadera razón por sus acciones?*

Describa lo que espera que pase a causa de esta queja (p.ej. pago atrasado por el tiempo que estuvo fuera debido a las represalias, recibir una carta de Notificación de Derecho a Demandar para que pueda presentar su caso en corte, que el negocio pare las represalias contra los trabajadores).*

¿Está interesado en un arreglo con el negocio?*

Si No No se

¿Ha encontrado otro trabajo?*

Si No

Si es así, por favor rellene la siguiente información de su nuevo empleador*

Nombre del nuevo empleador*

Fecha de comienzo*

Tasa de pago con el nuevo empleador*

La Tasa de Pago con el Nuevo Empleador es Por:*

Día Mes Otro (Explique)
 Hora Año Cada Quincena
 Semana Pieza Dos Veces por Mes

Si seleccionó "Otro", por favor explique*

Sección M: Represalia de PHEW (Por favor rellene esta sección SÓLO si seleccionó “PHEW” como Tipo de Reclamo de Represalias.)

Usted indicó que sufrió represalias en el trabajo por usar su propio equipo de protección personal (PPE por sus siglas en inglés), por compartir una inquietud sobre una amenaza a la salud y seguridad o una ley que no se estaba siguiendo, por presentar una queja o ayudar en una investigación relacionada con estos derechos, o se le impidió usar esos derechos. Por favor responda las siguientes preguntas sobre Represalias bajo la Ley de Expresión Protegida de Salud/Seguridad y Ley de Denunciantes (“PHEW” por sus siglas en inglés):

¿Por qué el negocio tomó represalias contra usted? Por favor seleccione todos los que apliquen.*

Traté de usar mi propio equipo de protección personal (“PPE”).

¿Qué PPE trató de usar o ponerse?*

¿Le proporcionó el negocio el mismo tipo de PPE (aunque decidiera no usarlo)?* Si No No se
¿Por qué quiso usar su propio PPE en lugar del PPE del negocio (si tenían)?*

¿Qué razón(es) le dio el negocio para no dejarlo usar o ponerse su propio PPE, si alguna?*

Yo compartí una inquietud sobre una violación de las leyes de salud y seguridad, o cualquier amenaza seria a la salud y seguridad.

¿Sobre qué compartió su inquietud(es)?*

¿Con quien compartió su inquietud(es) (nombre y título)?*

Por favor describa cuándo y cómo compartió su inquietud, y que fue lo que dijo. Si fue por escrito, recuerde incluir una copia cuando envíe su queja.*

¿Hizo el negocio algo después de que compartió su inquietud?* Si No No se
Si seleccionó “sí”, por favor explique lo que el negocio hizo.*

Yo me opuse a la violación de expresión protegida de salud/seguridad y ley de denunciantes derechos del trabajador bajo la ley PHEW (p.ej. no poner un poster sobre derechos de expresión protegida de salud/seguridad).

¿Qué hizo el negocio a lo que usted se opuso?*

Por favor describa cómo se opuso a las acciones del negocio (p.ej. fechas, quien estuvo envuelto, que hizo). Si fue por escrito, recuerde incluir una copia cuando envíe su queja .*

Yo participé en una investigación sobre los derechos de PHEW o sobre un empleador que no daba aviso de los derechos del trabajador bajo la ley (p.ej. el no poner un poster sobre expresión protegida de salud/seguridad y ley de denunciantes).

¿Con qué tipo de investigación ayudó o participó? Por favor incluya tanta información sobre la investigación como pueda (p.ej. fechas, quien estuvo involucrado).*

¿Cómo participó (p.ej. presentó una queja, proporcionó información, testificó)?

¿Hay un poster en su lugar de trabajo (donde lo puede/podía ver fácilmente) que explicó sus derechos bajo PHEW?*

Sí No No se

Sección N: Represalia de HFWA (Por favor rellene esta sección SÓLO si seleccionó "HFWA" como Tipo de Reclamo de Represalias.)

Usted indicó que sufrió represalias por usar o tratar de usar o defender derechos de ausencia por enfermedad, por decirle a otro empleado o ayudarlo a usar ausencia por enfermedad, o por hacer una queja o ayudar con una investigación relacionada con esos derechos, o se le impidió usar esos derechos. Responda las siguientes preguntas sobre Represalias bajo el Acta de Familias y Lugares de Trabajos Saludables ("HFWA" por sus siglas en inglés).

Si tiene cualquier documento para apoyar su reclamo, por favor de incluirlo cuando envíe su queja

¿Por qué el negocio tomó represalias contra usted? Por favor seleccione todos los que apliquen..*

Yo tomé o traté de tomar ausencia pagada por enfermedad.

¿Por qué tomó o pidió tomar los días libres?*

¿Cómo le dijo al empleador que necesitaría días libres por enfermedad? Explique cuándo y cómo le dijo al empleador (p.ej. en persona, por mensaje de texto), a quien le dijo, y qué fue lo que dijo.*

¿Le dijo el empleador que podía tomar los días libres? Por favor explique qué fue lo que dijeron, quién lo dijo y cuando lo dijo.*

¿Si tomó los días libres?* Si No
Por favor escriba la fecha(s) de los días libres que tomó.*

¿Le pidió el empleador pruebas de porque tomó los días libres?* Si No

Si es así, por favor incluya una copia de la solicitud del empleador con su queja. Si no fue por escrito, o no tiene una copia, por favor explique qué pidió el empleador (p.ej. una nota del doctor), y cuando lo pidió.

Yo le dije a otro empleado sobre su derecho a ausencias pagadas por enfermedad bajo HFWA, o lo ayudé a tomar ausencias pagadas.

¿A quien ayudó o le dio la información? Por favor proporcione su nombre e información de contacto.*

Por favor describa como le dijo a otro empleado acerca de su derecho a ausencias pagadas por enfermedad o como lo ayudó a tomarla.*

Yo participé en una investigación sobre ausencia pagada por enfermedad bajo HFWA o sobre un empleador que no daba aviso de los derechos del trabajador bajo la ley (p.ej. el no poner un poster sobre derechos de ausencia por enfermedad pagada).

¿Con qué tipo de investigación ayudó o participó? Por favor incluya tanta información sobre la investigación como pueda (p.ej. fechas, quien estuvo involucrado).*

¿Cómo participó (p.ej. presentó una queja, proporcionó información, testificó)?*

¿Hay un poster en su lugar de trabajo (donde lo puede/podía ver fácilmente) que explicó sus derechos bajo HFWA*?

Si No No se

¿Recibió un aviso por escrito del empleador que explicaba sus derechos bajo HFWA*?

Si No No se

Sección O: Represalia de Derechos Laborales Agrícolas (Por favor rellene esta sección **SÓLO** si seleccionó "Derechos Laborales Agrícolas" como Tipo de Reclamo de Represalias.)

Usted indicó que sufrió represalias por usar o defender, o tratar de usar o defender derechos laborales agrícolas bajo la Ley de Derechos y Responsabilidades Laborales Agrícolas (ALRRA por sus siglas en inglés), y/o Reglas de Condiciones Laborales Agrícolas. Vea [INFOs #12-12D](#) para más información sobre los derechos protegidos, y sobre reclamos de represalias sobre estos derechos. Por favor responda las siguientes preguntas sobre esta represalia o interferencia.

¿Por qué el negocio tomó represalias contra usted? Por favor seleccione todos los que apliquen.*

Yo usé o traté de usar derechos laborales agrícolas (p.ej. hablé con un proveedor de servicios durante un descanso, traté de tomar un descanso para enfriarme durante un día caluroso).

¿Qué derechos usó o trató de usar?*

¿Cómo respondió el empleador?*

¿Pudo usar el derecho(s)?* Si No

Por favor explique cómo es que pudo usar los derechos, o porque no pudo usarlos si acaso no pudo hacerlo.*

Yo participé en una investigación sobre derechos laborales agrícolas o sobre un empleador que no daba aviso de los derechos del trabajador bajo la ley (p.ej. no poner un poster sobre derechos laborales agrícolas).

¿Con qué tipo de investigación ayudó o participó? Por favor incluya tanta información sobre la investigación como pueda (p.ej. fechas, quien estuvo involucrado).*

¿Cómo participó (p.ej. presentó una queja, proporcionó información, testificó)?*

Yo me opuse a la violación de derechos laborales agrícolas por el negocio, o me opuse al negocio no dar aviso de los derechos del trabajador bajo la ley (p.ej. no poner un poster sobre derechos laborales agrícolas).

¿Qué hizo el negocio a lo que usted se opuso?*

Por favor describa cómo se opuso a las acciones del negocio (p.ej. fechas, quien estuvo envuelto, que hizo).*

Yo tomé otras acciones relacionadas con, o el empleador interfirió con, derechos bajo ALRRA y/o bajo las Reglas de Condiciones Laborales Agrícolas.

Describa qué acción tomó, o con qué derechos laborales agrícolas interfirió el empleador.*

Describa cómo le respondió el empleador.*

Sección P: Sueldos u Otros Tipos de Represalias (Por favor rellene esta sección SÓLO si seleccionó "Sueldos" u "Otro" como Tipo de Reclamo de Represalias.)

Usted indicó que sufrió represalias por usar o defender derechos o protecciones bajo una ley que la División hace valer. Por favor responda las siguientes preguntas.

¿Por qué el negocio tomó represalias contra usted? Por favor seleccione todos los que apliquen.*

Yo hice una queja, o participé en una investigación, audiencia, u otro evento, relacionado con derechos de sueldos y horas

¿Qué tipo de queja hizo, o en qué audiencia, investigación, u otro evento ayudó o participó? Por favor incluya la mayor información que pueda (p.ej. fechas, quien estuvo involucrado).*

¿Cómo participó (p.ej. presentó una queja, dio información, testificó)?*

Yo tomé otra acción(es) protegidas por las leyes laborales, o el negocio interfirió con mis derechos bajo las leyes laborales.

Por favor describa qué acción tomó que era protegida por las leyes laborales.*

Sección Q: Tipos de Reclamo No-Monetario (Por favor rellene esta sección SÓLO si seleccionó un “Tipo de Reclamo No-Monetario.” Si NO tiene un Reclamo No-monetario, pase a la Sección R.)

Rellene la siguiente información relacionada con su reclamo No-Monetario. Si tiene cualquier documento para apoyar su reclamo, por favor de incluirlo cuando envíe su queja.

Tipos de reclamos No-Monetarios violados (seleccione todos los que apliquen):*

- Sueldos Pagados pero no a Tiempo
- Talón de Cheque Detallado no Proporcionado
- Violaciones de Periodos de Comida
- Otro Reclamo No Monetario

Por favor describa la violación(es) no-monetaria que seleccionó arriba.*

Sección R: Detalles Adicionales

¿Cuántos otros empleados cree que fueron afectados por este mismo problema?

- 0 a 25
 26 a 100
 más de 100

Por favor explique. (Por ejemplo: Habían 15-20 cajeros, y el empleador no nos dejó a ninguno de nosotros tomar periodos de descanso.)

¿Alega este reclamo que se deben sueldos y que se deben pagar, no solo a usted, sino también a otros con el mismo empleador?

Por favor note:

- (1) Una queja de parte de otros empleados es una opción solo para quejas monetarias (salarios no pagados, descansos pagados, ausencia por enfermedad pagada, etc.), no para otros tipos de queja (denunciantes, represalias, quejas no-monetarias sobre horas, etc.).
- (2) Si selecciona "sí", la investigación tomará más tiempo, y la División empezará enviándole un cuestionario para ayudarla a entender si los otros empleados están en una situación similar suficiente para ser parte de esta queja.

- Sí No

¿Hubo alguien más que vio o escuchó lo que el negocio hizo?*

- Sí
 No
 No se

Por favor proporcione tanta información como sepa de los testigos incluyendo:

Nombre

Título (si son empleados del negocio)

Dirección postal

Número de teléfono

Correo electrónico

¿Qué vio o escuchó la persona?*

Por favor proporcione cualquier información adicional que necesitemos para entender su reclamo.

Sección S: Afirmaciones y Firma

Responda la pregunta de abajo acerca de la persona rellenoando este formulario.

¿Es usted el demandante (persona rellenoando el formulario) o el representante autorizado del demandante?*

Si No

Nombre de la persona rellenoando este formulario:*

Relación con el demandante de la persona rellenoando este formulario:*

Tenga en cuenta que el reclamante o el representante autorizado del reclamante debe firmar esta página.

Antes de enviar esta queja:

Al firmar esta "Queja" está de acuerdo con lo siguiente:

- Se me ha notificado y entiendo que cualquier persona que proporcione información falsa a la División para obtener y/o retener cualquier cosa de valor puede ser sujeta a enjuiciamiento criminal bajo las leyes del Estado de Colorado con posibles sanciones de prisión, multas, o ambas.
- Entiendo que cualquier información proporcionada a la División puede ser proporcionada al empleador/principal, los agentes del empleador/principal involucrado en la disputa, y otras agencias o individuos que la División considere apropiados.
- Yo autorizo a la División a investigar y asistir en este asunto.
- Entiendo que la División no garantiza una resolución a esta disputa, y que puede ser necesario proseguir con el asunto mediante otros métodos.
- Entiendo que cualquier información proporcionada a la División se puede proporcionar al empleador, los agentes del empleador involucrados en la disputa, y otras agencias o individuos como lo considere la División apropiado.
- Entiendo que, si me muevo, obtengo un nuevo número de teléfono, o tengo otros cambios a mi información de contacto, le tengo que informar de inmediato a la División. Si no actualizo mi información, y la División no puede contactarme, mi queja será cerrada.
- Reclamos salariales: Entiendo que la División legalmente no puede ordenar el pago de sueldos y sanciones para sueldos ganados antes del 1 de enero 2015. Entiendo que la División legalmente no puede ordenar el pago de sueldos en exceso de \$7,500 por empleado.
- Reclamos de Represalias y Trabajo Agrícola: Entiendo que la División tiene autoridad discrecional para investigar mi queja, y que si la División decide no investigar, es posible que tenga que continuar con el asunto en la corte.
- Yo declaro bajo pena de perjurio § 18-8-501, et seq., C.R.S. que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Firma y acuerdo del reclamante o representante autorizado:

Nombre

Firma

Fecha

Si tiene documentos para apoyar su reclamo, por favor de incluirlos con este Formulario de Queja cuando lo envíe. Por favor envíe por correo, fax, correo electrónico o entregue su formulario de queja completo y la documentación adjunta a:

División de Normas y Estadísticas Laborales de Colorado

633 17th Street, Denver, CO 80202-2107

Principal: (303) 318-8441 | Número gratuito: 1-888-390-7936 | Fax: (303) 318-8400

Correo electrónico: cdle_labor_standards@state.co.us