

Antes de comenzar, asegúrese de que tiene el formulario correcto

Si su queja sobre su empleador se refiere a:	Use este formulario o comuníquese con:
Ejercer un derecho protegido por la Ley del Salario Mínimo, como el pago del salario mínimo por todas las horas trabajadas; el pago de horas extra por trabajar más de 40 horas; el pago de todas las propinas y cargos por servicio que usted se haya ganado.	Este formulario. Vaya a la siguiente página. Contacto: Salario mínimo 1-866-219-7321 360-902-5316 ESGeneral@Lni.wa.gov
Asuntos relacionados con la Ley de Cuidado Familiar, permisos para víctimas de violencia doméstica, agresión sexual o acoso, permisos para personal de servicios de emergencia y cónyuges de militares.	Formulario de queja sobre permisos por ausencia protegida (F700-144-000) Contacto: Permisos por ausencia protegida de Normas de Empleo 360-902-4930 o 866-219-7321 ProtectedLeave@Lni.wa.gov
La Ley de Permiso Familiar y Médico (FMLA)	Contacto: Departamento de Trabajo de los EE. UU. 1-866-487-9243 o 206-398-8039
El Permiso Familiar y Médico Pagado (PFMLA) de Washington	Formulario de queja sobre actos ilegales Contacto: Departamento para la Seguridad del Empleo 1-833-717-2273
Las clases protegidas, incluidas raza, religión, sexo, país de origen, edad, orientación sexual, género, condición de informante y discapacidades	Presente una queja a la Comisión de Derechos Humanos. Contacto: Comisión de Derechos Humanos (HRC) 1-800-223-3247 o Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC) 1-800-669-4000
Represalias por ejercer un derecho a la salud y la seguridad en el lugar de trabajo.	Formulario de queja por represalias de la DOSH Contacto: División de Seguridad y Salud Ocupacional (DOSH) 360-902-6088
Represalias por presentar un reclamo por una lesión laboral, o si el empleador le impidió presentar un reclamo por una lesión laboral.	Formulario de queja por discriminación del Seguro Industrial Formulario de queja por supresión de reclamo Contacto: Discriminación del Seguro Industrial de L&I Supresión de Reclamos de L&I 1-866-324-3310 CSIIDComplaints@Lni.wa.gov

Si tiene otros problemas relacionados con discriminación o represalias, consulte la [guía de quejas](#) para ver qué formulario debe rellenar.

¿Tiene el formulario correcto?

Debe presentar esta queja si su empleador del estado de Washington tomó represalias en su contra por ejercer un derecho protegido por la Ley del Salario Mínimo, como su derecho a:

- Recibir como pago por lo menos el salario mínimo del estado de Washington por todas las horas trabajadas;
- Recibir el pago de horas extra por trabajar más de 40 horas en una semana laboral;
- Acumular y utilizar permisos por enfermedad pagados del estado de Washington;
- Recibir las propinas y los cargos por servicio que ha ganado;
- Presentar una queja referente a las protecciones de la Ley del Salario Mínimo; o
- Testificar o a pretender testificar en cualquier procedimiento relacionado con cualquiera de los derechos antes mencionados que le confiere la Ley del Salario Mínimo.

Nota: Hay protecciones adicionales disponibles para los trabajadores cuando los empleadores hacen amenazas relacionadas con la inmigración para desalentar el ejercicio de ciertos derechos laborales, o para tomar represalias en contra de quienes los ejercen.

Si tiene otros problemas relacionados con discriminación o represalias, consulte la [guía de quejas](#) para ver qué formulario debe rellenar.

Washington es un estado de trabajo a voluntad, lo que significa que los empleadores no necesitan establecer una causa justificada, ni dar aviso previo, antes de despedir a un empleado. Sin embargo, los trabajadores están protegidos contra despidos y represalias por ejercer un derecho protegido o por presentar una queja conforme a ciertas leyes laborales, que incluyen la Ley del Salario Mínimo.

Algunos ejemplos de represalias debido a la Ley del Salario Mínimo incluyen: despido, suspensión, reducción de horas pagadas, amenazas o acciones derivadas de su situación migratoria o la de su familia, reprimendas por escrito, advertencias verbales, puntos negativos de asistencia, etc.

Todos los empleados de Washington que están sujetos a las protecciones de la Ley del Salario Mínimo, sin importar su situación migratoria, tienen el derecho legal a presentar una queja a L&I.

Podemos investigar las quejas por represalias conforme a la Ley del Salario Mínimo que se presenten en un plazo de 180 días de la presunta represalia. Puede ver más información sobre sus derechos en www.Lni.wa.gov/Workers-Rights.

Consejos para llenar este formulario:

- Trate de no omitir ninguna pregunta. Llene el formulario por completo y con claridad. Mientras más información nos proporcione, más rápido podremos ayudarle.
- Envíenos los documentos pertinentes que tenga para sustentar sus alegatos. Algunos ejemplos son: copias de recibos de nómina, tarjetas de registro de tiempos, políticas del empleado, todas las comunicaciones con su empleador, tales como correos electrónicos o mensajes de texto, avisos de medidas disciplinarias o de despido, saldos y acumulación de permisos por enfermedad pagados y todos los documentos pertinentes que tenga para sustentar su lado de la disputa.

Cómo presentar su queja por represalias de acuerdo con la Ley del Salario Mínimo:

- Envíe el formulario de queja contestado y los documentos de sustento a:
Department of Labor & Industries
Employment Standards Program
PO Box 44510
Olympia WA 98504-4510
- Visite la [oficina de L&I](#) más cercana.
- Envíelos por correo electrónico a: ESGeneral@Lni.wa.gov

Después de que presente su queja:

- Nos comunicaremos con usted para informarle que hemos recibido su queja.
- Antes de iniciar la investigación, podríamos pedirle más información para determinar si podemos aceptar su queja.
- Si aceptamos su queja, nos pondremos en contacto con su empleador para solicitar sus evidencias para responder a esta queja.

Employment Standards Program
PO Box 44510
Olympia WA 98504-4510

Correo electrónico:

ESGeneral@Lni.wa.gov

Teléfono 360-902-5316 o 1-866-219-7321

A. Información del empleado

Idioma preferido:				
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Chino simplificado	<input type="checkbox"/> Chino tradicional
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otro:	
Nombre (como aparece en su identificación – nombre y apellido)				
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de casa	Número de teléfono celular	Correo electrónico		
Fecha en la que empezó a trabajar para este empleador		¿Aún es empleado de este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si contestó que no, ¿cuál fue su último día de trabajo?		Motivo de separación de su empleo <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Cese temporal <input type="checkbox"/> No sé		
Su puesto y tareas laborales				

B. Información del empleador

Nombre del empleador (nombre de la empresa)	Nombre del contacto de empleador (propietario, gerente o supervisor)
Dirección postal del empleador	
Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono del empleador	Correo electrónico del empleador
Tipo de empresa (por ejemplo, construcción, restaurante, etc.)	

C. Detalles de las represalias (obligatorio)

Fecha(s) de las represalias
¿Qué derecho conferido por la Ley del Salario Mínimo ejerció? Marque todas las opciones que correspondan. Recuerde: si sus alegatos no son protegidos por la Ley del Salario Mínimo, su queja no podrá aceptarse. Consulte la página 1 o la guía de quejas para ver otras quejas por represalias y discriminación.
<input type="checkbox"/> Presentó una queja referente a salarios <input type="checkbox"/> Solicitó que se le pagara por lo menos el salario mínimo <input type="checkbox"/> Solicitó el pago de horas extra <input type="checkbox"/> Solicitó el pago de propinas o cargos por servicio <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con permisos por enfermedad pagados: solicitud de uso, acumulación u otros derechos relacionados con permisos por enfermedad pagados Fechas en que se solicitaron o usaron: _____ <input type="checkbox"/> Testificó (participó) o pretendió testificar en la investigación de una queja por infracciones de la Ley del Salario Mínimo realizada por L&I (por cualquiera de los motivos arriba descritos)

Continúa en la siguiente página

¿Cuál fue la naturaleza de las represalias o la discriminación? (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Despido | <input type="checkbox"/> Suspensión |
| <input type="checkbox"/> Degradación | <input type="checkbox"/> Cambio de horas de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Cambio de salario | <input type="checkbox"/> Medidas disciplinarias / reprimenda por escrito |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de desempeño negativa | <input type="checkbox"/> Transferencia |
| <input type="checkbox"/> Amenazas basadas en la inmigración | |
| <input type="checkbox"/> Otra (explique): | |

Se denegó o demoró el pago de:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salarios | <input type="checkbox"/> Pago de horas extra |
| <input type="checkbox"/> Propinas o cargos por servicio | <input type="checkbox"/> Permisos por enfermedad pagados |

Describa brevemente las circunstancias de las represalias y por qué considera que el empleador aplicó esta acción adversa.

¿Ha presentado una queja a alguna otra agencia?

- Sí No

Si contestó que sí, identifique a la agencia o agencias y la fecha de presentación de su queja.

Describa brevemente el tipo de reparación que solicita.

D. Información de contacto alternativo

Necesitamos la información de contacto de alguien que siempre sepa cómo comunicarse con usted. No escriba su propia dirección y número de teléfono.

Nombre del contacto			
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de casa	Número de teléfono celular	Correo electrónico	

Firma obligatoria del trabajador

Al entregar este formulario, confirmo que la información provista es correcta y verdadera. También me comprometo a cooperar y comunicarme con mi investigador asignado. Mi nombre en la parte inferior de este formulario constituye mi firma.

Firma (en letra de molde o a máquina)

Fecha

Para ver más información sobre sus derechos y responsabilidades laborales en Washington, visite:
www.Lni.wa.gov/WorkplaceRights