

# Formulario de queja por represalia (Ley de Salario Mínimo y permiso pagado por enfermedad)

[El Código Administrativo de Washington \(Washington Administrative Code, WAC\) 296-128-770](#) prohíbe que se tomen represalias contra empleados que ejerzan sus derechos del empleado estipulados en la Ley de Salario Mínimo de Washington ([49.46](#) del Código Revisado de Washington [Revised Code of Washington, RCW]) o sus reglas. Los derechos del empleado según la Ley de Salario Mínimo de Washington, los cuales están protegidos contra represalias incluyen, entre otros: presentar una queja por salario, ejercer el derecho al permiso pagado por enfermedad, salario mínimo, horas extra, propinas y gratificaciones, o testificar o pretender testificar en cualquier procedimiento relacionado con cualquier derecho estipulado en el capítulo [49.46](#) del RCW. El Departamento de Labor e Industrias investiga quejas de represalias en contra de los empleados por el ejercicio de cualquier derecho del empleado, que se encuentran en el [49.46](#) del RCW o sus reglas.

## ¿Cuáles medidas del empleador se consideran represalia?

La represalia se define en el [WAC 296-128-770](#) e incluye “cualquier medida adversa” que su empleador tome o amenace con tomar por el ejercicio de sus derechos protegidos como empleado. Los ejemplos incluyen:

- Denegar el uso o retrasar el pago de permiso por enfermedad pagado, salario mínimo, pagos de horas extra, todas las propinas y gratificaciones y todos los cargos por servicios, excepto aquellos que se especifican como no pagados al empleado.
- Despedir, suspender, degradar o denegar el ascenso de un empleado.
- Reducir el número de horas de trabajo programadas para un empleado.
- Alterar el horario de trabajo preexistente del empleado.
- Reducir la tarifa de pago al empleado.
- Amenazar con tomar, o tomar, medidas con base en la situación de inmigración de un empleado o de un familiar de este.

Otras medidas prohibidas incluyen:

- Un empleador que adopte o haga cumplir cualquier política que cuente el uso legítimo de una licencia remunerada por enfermedad como una ausencia que pueda ocasionar o dar lugar a un castigo del empleador en contra del empleado.
- Un empleador que interfiera, limite o deniegue el ejercicio de los derechos del empleado que se encuentran en el [49.46](#) del RCW.

**Tenga en cuenta que las medidas mencionadas anteriormente no son una lista exhaustiva de las medidas que pueden considerarse represalia. Otras medidas adversas tomadas en su contra por el ejercicio de sus derechos protegidos también pueden investigarse.**

## Las quejas por represalia no se aceptarán cuando:

- Usted sea copropietario (incluidas las empresas familiares) o sea un miembro directivo de la empresa.
- Su queja se trate de vacaciones no pagadas, pagos por días feriados, indemnización por despido o reembolso por gastos, incluido el combustible.
- Su queja sea acerca de un empleador que no otorga descansos o comidas prescritas.
- Esté alegando una represalia contra una empresa, mientras trabaja fuera del estado para un empleador que no es de Washington.
- Su queja se trate de ausencias protegidas, salarios faltantes o adeudados, salarios prevalectos o un problema de seguridad o salud; sin embargo...

**En formularios de queja separados, L&I acepta las siguientes quejas:**

[Formulario de queja de derechos del trabajador](#) (F700-148-999) para salarios generales, licencia remunerada por enfermedad u otros asuntos de derechos laborales que no estén protegidos de conformidad con la Ley de Salario Mínimo.

[Formulario de \*queja sobre permiso de ausencia protegida\*](#) (F700-144-999) para licencias familiares, cuidado familiar, licencias para víctimas de violencia doméstica, abuso o acoso sexual, licencia militar conyugal, licencias para bomberos voluntarios en la escena.

[Formulario de \*queja de salario prevaleciente\*](#) (F700-146-999) para quejas sobre salarios relacionados con proyectos de trabajos públicos.

### **Cómo presentar su queja por represalia:**

- **Complete y firme** el formulario adjunto. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio para explicar su queja.
- Adjunte cualquier documento, comprobante de pago, cartas u otra información que tenga y que esté relacionada con su queja, incluida la correspondencia del empleador, si la hubiera.
- Envíe por correo el formulario a: Department of Labor & Industries, Employment Standards Program, PO Box 44510, Olympia, WA 98504-4510 o llévelo a L&I en 7273 Linderson Way SW, Tumwater, WA 98501-5414.
  - Importante: Avisenos inmediatamente si cambia de domicilio o si tiene un número de teléfono nuevo. Llámenos al 360-902-5316 o al 1-866-219-7321. Si el Departamento no puede contactarlo, la investigación tomará más tiempo.
- **Después de que el Departamento reciba su queja**, la misma se asignará a un agente de relaciones industriales para una investigación. Debido a la naturaleza de la investigación, es necesario que el investigador le informe a su empleador que usted presentó una queja.

### **Calendario y próximos pasos para la investigación:**

- **Puntualidad:** El Departamento evaluará la puntualidad de su queja. El empleado debe presentar su queja en un plazo de 180 días de la presunta medida de represalia. El Departamento podría, a su discreción, extender el período de 180 días sobre principios equitativos reconocidos o si existen circunstancias atenuantes.
- **Aceptación:** En algunos casos, el Departamento puede pedirle información adicional antes de asignarle su queja a un agente. El Departamento necesitará suficiente información de su parte para determinar si hay un caso *prima facie* por represalia. En otras palabras, el Departamento necesita ver que usted ejerció uno de sus derechos de conformidad con el 49.46 del RCW y que su empleador tomó una medida adversa en su contra en relación con el ejercicio de sus derechos. El Departamento podría no aceptar su queja si no hay un caso *prima facie* para su queja, con base en la información que usted nos proporcione. En algunos casos, el Departamento podría remitirlo a otro estado o agencia federal si se evidencian otros tipos de discriminación o represalia.
- **Investigación:** Si su queja es aceptada, el Departamento la investigará. Un agente lo contactará una vez que su queja se asigne. El agente asignado para su queja tendrá 90 días para llevar a cabo una investigación, a menos que exista una buena causa para extender el plazo. Se le notificará si se necesita extender la investigación. El agente reunirá evidencia por parte de usted, de su empleador y de cualquier otra persona que se identifique que posea evidencia relevante. El agente revisará la evidencia presentada para determinar si hay conexión entre el ejercicio de sus derechos como empleado y la medida adversa tomada en su contra.
- **Durante la investigación:** Si llega a un acuerdo mutuo con su empleador para remediar la medida de represalia, puede retirar su queja. También, puede solicitar retirar su queja durante cualquier momento de la investigación al entregar una declaración por escrito al agente asignado. El Departamento generalmente concederá las solicitudes voluntarias de retiro.
- **Después de la investigación:** Una vez que el agente complete su investigación, el Departamento emitirá una notificación de evaluación en contra del empleador, si encontramos suficiente evidencia que fundamente su queja, o emitirá una determinación de cumplimiento si no logra fundamentar su queja con base en la evidencia disponible. El empleador o empleadores pueden solicitar una reconsideración o apelación de la decisión del departamento.



Employment Standards Program  
PO Box 44510  
Olympia WA 98504-4510

Correo electrónico: [ESGeneral@Lni.wa.gov](mailto:ESGeneral@Lni.wa.gov)  
Teléfono: 360-902-5316

## Formulario de queja por represalia (Ley de Salario Mínimo y permiso pagado por enfermedad)

**Complete este formulario en su totalidad. El empleado puede adjuntar información adicional en páginas separadas.**

Información del empleado		
Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono residencial	Número de teléfono celular	
Correo electrónico		

Contacto alternativo: necesitamos información de una persona que siempre sepa cómo comunicarse con usted. (No use su información de contacto)	
Nombre del contacto alternativo	
Teléfono del contacto alternativo	Correo electrónico del contacto alternativo

Información acerca de la empresa		
Nombre de la empresa	Número de teléfono de la empresa	
Dirección de la empresa		
Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del supervisor	Número de teléfono del supervisor	
Correo electrónico del supervisor		

Nombre del punto de contacto de Recursos Humanos	Teléfono del punto de contacto de Recursos Humanos
Correo electrónico del punto de contacto de Recursos Humanos	

Información del punto de contacto del sindicato (si aplica)
---

Otras personas en conocimiento (por ejemplo: otros empleados que saben de la represalia)
¿Cuál otra información adicional podría(n) esta(s) persona(s) proporcionar para respaldar su reclamo?

## Detalles de la represalia

**INSTRUCCIONES:** Consulte la hoja de instrucciones para ayudarlo a responder las siguientes preguntas. Dé una declaración por escrito a cada pregunta. Un formulario incompleto puede causar retrasos.

Fecha(s) de la(s) represalia(s)

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

Despido

Suspensión

Degradación

Cambio de horario

Cambio en el pago

Medida disciplinaria/advertencia por escrito

Evaluación de desempeño negativa

Transferencia

Pago denegado/retrasado de:

Salario

Pago de horas extra

Propinas o cargos de servicio

Permiso pagado por enfermedad

Se tomaron o se amenazó con tomar medidas con base en:

Situación de inmigración

Situación de inmigración de un miembro de su familia

Otros (explique):

¿Cuál Ley de Salario Mínimo ejerció? (Marque todas las opciones que correspondan)

Presenté una queja por salario

Pedí que me pagaran al menos el salario mínimo

Pedí pago de horas extra

Pedí el pago de propinas o cargos de servicio

Testifiqué o traté de testificar en un procedimiento del Departamento

Pedí el uso, acumulación u otros derechos relacionados con el permiso pagado por enfermedad

Fechas solicitadas/usadas:

Describa brevemente las circunstancias de la represalia.

Describa brevemente por qué cree que el empleador tomó esta medida.

¿Presentó su queja ante otra agencia?  No  Sí Si su respuesta es "Sí", identifique la(s) agencia(s) y la fecha de la queja.

Describa brevemente qué clase de solución está buscando. ¿Qué espera que suceda como resultado de presentar esta queja?

## Firma

Por medio de la presente, certifico que la información que proporcioné es verdadera, según mis conocimientos y recuerdos.

Nombre en letra de imprenta

Cargo

Firma

Fecha