

## Instrucciones para completar el formulario

(Por favor guarde una copia del Formulario de Reclamación para su archivo)

### Lea Cuidadosamente

#### **QUIEN DEBERIA LLENAR UN FORMULARIO DE RECLAMACION**

Un empleado que ha trabajado en Maryland y cree que un empleador de manera ilegal retuvo los salarios del empleado. Incluyendo bonos, comisiones, beneficios, tiempo extra, o cualquier otro pago prometido por un servicio, puede llenar un formulario de reclamación por impago de salarios.

Regularmente, bajo la Ley de Salarios y Horas de Maryland (MWHL) y/o la Ley de Pago y Cobro de Salario de Maryland (MWCPL) existe un estatuto de limitaciones de tres años para presentar una demanda por impago de salarios en corte. (nota: leyes federales podrían tener un estatuto de limitaciones diferente.) Para que el Departamento de Trabajo, Licencias y Regulaciones del Estado de Maryland, División de Empleo e Industria, Servicio de Normas de Empleo(ESS) tenga tiempo suficiente de realizar una investigación por impago de salarios, ESS debe recibir el Formulario de Reclamación de Salarios junto con documentos complementarios lo antes posible sin sobrepasar dos (2) años a partir de la fecha de vencimiento de los salarios.

Alternativamente, en lugar de presentar un reclamo con ESS, un empleado puede optar por presentar una demanda en contra del empleador por impago de salarios bajo MWHL y/o MWPCPL con o sin asistencia de un abogado privado en una corte de Maryland. Tenga en cuenta que ESS, el Comisionado de la División de Empleo e Industria (Comisionado) y la Oficina del Fiscal General (OAG) no participarían en dicho proceso.

#### **ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO DE RECLAMACION DE SALARIOS CON ESS**

Antes de llenar el Formulario de Reclamación con ESS, usted debe primero, haber pedido a su empleador el pago de sus salarios y estos haber sido negados. Para maximizar las probabilidades de cobro, usted debe enviar una demanda de pago por escrito a su empleador que incluya los salarios reclamados. Usted debe guardar una copia de la demanda escrita y obtener prueba que demuestre que su empleador recibió dicho documento, ej. Un recibo de correo certificado, un recibo de correo electrónico, una respuesta escrita de su empleador, etc.

#### **AL LLENAR EL FORMULARIO DE RECLAMACION DE SALARIOS CON ESS**

- Usted debe llenar y enviar el Formulario de Reclamación de Salarios completamente y de manera legible. También, debe firmar el formulario bajo juramento.
- Usted debe proporcionar todos los nombres conocidos del empleador (incluyendo nombre legal y nombre comercial), direcciones, números de teléfono, y direcciones de correo electrónico.
- De ser posible, usted debe anexar a su Formulario de Reclamación de Salarios la siguiente documentación complementaria: Contrato o acuerdo salarial, horarios y/o lista de horas y fechas trabajadas, balance de comisiones o cualquier documento que pruebe que las comisiones fueron ganadas, talones de pago, pólizas o manuales implementados por el empleador, tarjetas de negocio, y cualquier correspondencia con el empleador.
- Usted debe llenar, firmar y reenviar la autorización de reclamación de salarios

Nota: Para poder presentar un Reclamo usted **NO** necesita mantener los registros de los documentos mencionados arriba. En caso de tenerlos, se le piden estos documentos para que ESS tenga un mejor entendimiento de su caso y para incrementar las probabilidades de recuperar los salarios reclamados.

## **QUE ESPERAR DESPUÉS DE PRESENTAR UN RECLAMO CON ESS**

Después de presentar su reclamo de salarios con ESS, ESS realizara la investigación de su reclamo. ESS asignara un investigador a su reclamo quien posteriormente contactara a su empleador para adquirir información, si ESS necesitara información adicional de su parte, el investigador lo contactara a usted. Si usted adquiere o recibe información adicional con respecto a su caso, por favor envíe la documentación vía correspondencia o fax directamente al investigador asignado a su caso. Una vez que ESS finalice la investigación, usted y su empleador serán notificados por escrito si el Comisionado decide tomar alguna acción legal en relación a su reclamo.

## **COMO EL COMISIONADO PUEDE RESOLVER SU RECLAMO DE SALARIOS**

Posterior a la investigación de su reclamo, el Comisionado determinara si la MWHL y/o la MWPCPL han sido violadas. El Comisionado puede intentar resolver su reclamo de tres maneras:

- 1) Informalmente a través de la mediación
- 2) Para reclamos menores a \$5,000, al emitir una orden administrativa
- 3) Pedir a la Oficina del Fiscal General que presente una demanda por impago de salarios en una corte de Maryland a nombre del Comisionado y para el uso y beneficio de usted.

Nota: (1) La oficina del fiscal general (OAG) no está obligada a presentar una demanda y puede rehusarse a aceptar su caso. (2) La aceptación de su caso por parte de ESS y/o OAG no garantiza el cobro de los salarios reclamados. (3) Bajo MWCPL un empleado no podrá de manera intencional proporcionar a una agencia o unidad gubernamental, información o declaración falsa en relación a una investigación o procedimiento bajo MWPCPL. Aquel empleado que realice una acción como tal, puede ser acusado de un delito y acreedor a una multa que excede los \$500. Adicionalmente, si un empleado proporciona información falsa o falla en cooperar, el comisionado puede negarse a tomar una acción legal, o bien, cancelar cualquier acción legal en curso.

Una vez completado y firmado, envíe su Formulario de Reclamación de Salarios junto con cualquier información complementaria a la siguiente dirección:

EMPLOYMENT STANDARDS SERVICE  
1100 N. EUTAW STREET  
ROOM 607  
BALTIMORE, MARYLAND 21201

---

**Department of Labor**  
**Division of Labor and Industry**  
**Employment Standards Service**  
1100 North Eutaw Street, Room 607  
Baltimore, MD 21201  
Telephone Number: 410-767-2357



# FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SALARIOS

(UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE RECLAMACION DE SALARIOS Y CUALQUIER INFORMACION COMPLEMENTARIA SERA ENVIADA AL EMPLEADOR PARA SU RESPUESTA.)



For Office Use Only: Reference \_\_\_\_\_ Claim # \_\_\_\_\_

## SECTION A. Personal Information

### SECCIÓN A. Información Personal

Name / Nombre:

First/Nombre

Middle/Segundo Nombre

Last/Apellido

SSN or ITIN/ Seguro Social o ITIN, if available:

 -  - 

Address/Dirección:

Street/Calle

City/Ciudad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Daytime Telephone/Número de Teléfono:

Email Address/Correo Electrónico:

*\*If you change your address, email address, or telephone number after submitting this form, notify Employment Standards Service (ESS) immediately in writing. If ESS cannot contact you, your claim will be dismissed. Si cambia de dirección, número de teléfono o correo electrónico después de enviar este formulario por favor notifique al Employment Standards Service (ESS) inmediatamente. Si ESS no logra contactarse con usted su caso será cerrado.*

Driver's License #/Numero de licencia de conducir:

State of Issue/ Estado:

Date of Birth/Fecha de Nacimiento:

Gender:  M/Masculino  F/Femenino Other / Otro : \_\_\_\_\_

\*Race (choose all that apply):

- American Indian or Alaska Native / Indígena Norte Americano
- Asian/Asiático
- White/Blanco
- Black/African American / Negro Afroamericano
- Hispanic or Latino/ Hispano o Latino
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander / Indígena Hawaiano

*\*This information is collected for statistical purposes only/  
\*Esta información es recolectada solo con fines estadísticos.*

**SECTION B. Employment Information**

*\*Please list all known names (including corporate and trade names) addresses and telephone numbers*

**SECCIÓN B. / Información de Empleo**

*\*Por favor enumere todos los nombres conocidos (incluyendo empresas y nombres comerciales) direcciones y teléfonos.*

Employer Name/Nombre del empleador:

Telephone/Teléfono:

Employer's Trade Name (if any)/Nombre Comercial del Empleador:

Employer's Address/Dirección del Empleador:  
  
Street/Calle                      City/Ciudad                      State/Estado                      Zip Code/Código Postal

Owner's Name, if known/Nombre del Dueño:

Phone/Teléfono:

Owner's Address, if known/Dirección del Dueño:  
  
Street/Calle                      City/Ciudad                      State/Estado                      Zip Code/Código Postal

Supervisor's Name, if known/Nombre del Supervisor:

Phone/Teléfono:

Supervisor's Address, if known/Dirección del Supervisor:  
  
Street/Calle                      City/Ciudad                      State/Estado                      Zip Code/Código Postal

Supervisor's and Owner's License Plate or other identifying information, if known:

Placas Vehiculares del Dueño o Supervisor; o cualquier información adicional de identificación:

Type of Business/Tipo de Negocio:   
(Example: retail, restaurant, construction, etc.)

Job Position/Title / Posición o Título:   
(Example: office worker, carpenter, etc.)

First date of work/Primer día de trabajo:       Last date of work/Ultimo día de trabajo:

Number of days worked each week/ Numero de horas trabajadas semanalmente:

Number of hours worked each day/ Numero de horas trabajadas diariamente:

Next scheduled payday is/Próximo día de pago:

Rate of pay/Mi salario fue: \$

per:  Day/Día  Hour/Hora  Week/Semana  Month/Mes  Year/Año  Commission/Comisión

Frequency of pay/Frecuencia de pago:

Daily/Diario  Weekly/Semanal  Bi-Weekly/Quincenal  Monthly/Mensual  Bi-Monthly/Bimestral

I was/Fui:

Fired/Terminado  Laid-Off/Despedido  Quit/Renuncie  Other/Otro

I am still working there \_\_\_\_\_ number of days per week/Sigo trabajando \_\_\_\_\_ días a la semana.

**SECTION C. Eligibility**

**SECCIÓN C. Elegibilidad**

Unknown	Yes	No	Questions
			<p>1. Are you or have you been represented by a private attorney in this matter?  <i>If yes, provide the following: Attorney Name: _____</i>  <i>Attorney Address and Phone: _____</i></p> <p><i>¿Está o ha estado representado por un abogado privado en este asunto? En caso afirmativo, proporcione la siguiente información</i>  <i>Nombre del abogado _____</i>  <i>Dirección y número de teléfono del abogado _____</i></p>
			<p>2. Have you filed a claim for these unpaid wages elsewhere against your employer/former employer?  <i>¿Ha presentado un reclamo por impago de salarios contra su empleador o empleador anterior en algún otro lado?</i></p>
			<p>3. Was the work for which you are claiming wages performed in Maryland?            If yes, what is the precise address where the work was performed? _____            If no, in what State(s) was the work performed? _____</p> <p><i>¿Fue el trabajo por el cual usted está presentando este reclamo, realizado en el estado de Maryland?            Si la respuesta es sí, Cual fue la dirección exacta en la que el trabajo fue realizado?            _____</i>  <i>Si la respuesta es no. ¿En qué estado fue realizado el trabajo? _____</i></p>
			<p>4. Are you a federal, state, or local government employee?            Maryland's Labor &amp; Employment laws do not cover government employees. Contact the U.S. Dept. of Labor at 1-866-4US-WAGE for assistance.</p> <p><i>¿Es usted un empleado del gobierno federal, estatal o local?            Las leyes laborales y de empleo del estado de Maryland no cubren a empleados del gobierno. Si necesita asistencia contacte al U.S Departamento del trabajo al 1-866-4US-WAGE.</i></p>
			<p>5. Was your work performed as a union member?            Union members must exhaust all union remedies before filing a claim with ESS. Attach documentation showing all union remedies have been exhausted without success.</p> <p><i>¿Fue el trabajo realizado como miembro de un sindicato?            Los miembros de un sindicato deben agotar todas las instancias antes de presentar un reclamo con EES.            Anexe documentación que demuestre que todas las instancias han sido agotadas por parte de su sindicato</i></p>
			<p>6. Is your employer/former employer still in business?  <i>¿Su antiguo empleador o actual empleador sigue en operación?</i></p>
			<p>7. Has your employer/former employer filed for bankruptcy?  <i>¿Su antiguo empleador o empleador actual se ha declarado en bancarrota?</i></p>

		8. Are you a shareholder, officer or director of the company that employed you? ¿Es usted un accionista, oficial o director de la compañía que lo empleaba?
		9. Do you have any property belonging to your employer? If yes, identify the property you still have:  ¿Tiene usted en su posesión cualquier pertenencia del empleador? Si la respuesta es afirmativa, identifique las pertenencias de su empleador que se encuentran en su posesión.
		10. Did your employer/former employer deduct FICA and federal and state taxes from your paycheck? ¿Su empleador dedujo de sus cheques impuestos federales, estatales y/o FICA?
		11. Did you receive a paystub from your employer/former employer? If yes, attach copies of your paystubs for the last 30 days. ¿Recibió un talón de cheque por parte de su antiguo o actual empleador? Si la respuesta es afirmativa, anexe copias de los talones de cheques recibidos en los últimos 30 días.
		12. Do you have any written agreement(s) with the employer/former employer? If yes, attach any agreements. ¿Tiene usted algún acuerdo por escrito con su antiguo o actual empleador? Si la respuesta es afirmativa, anexe una copia de cualquier acuerdo existente.
		13. Have you signed any document allowing your employer/former employer to deduct money from your pay? If yes, attach a copy of any documents. ¿Ha usted firmado algún documento autorizando la deducción de alguna cantidad de su cheque? Si la respuesta es afirmativa, anexe una copia del documento.

#### SECTION D. Type of Wages Owed

#### SECCIÓN D. Tipo de Salario Adeudados

What Type of Wages Are You Claiming? ¿Qué tipo de salario está reclamando?	Check all that apply Indique todas las que apliquen	Instruction Instrucciones
Hourly Wages / Sueldo por Hora		Fill out Section E / Llene la Sección E
Salary / Salario		Fill out Section E / Llene la Sección E
Minimum Wage / Salario Mínimo		Fill out Section E / Llene la Sección E
Overtime / Tiempo Extra		Fill out Section E / Llene la Sección E
Commission / Comisiones		Fill out Section F / Llene la Sección F
Bonus / Bonos		Fill out Section F / Llene la Sección F
Piece Rate or Flat Rate / Tasa Fija o Tasa por Pieza		Fill out Section F / Llene la Sección F
Unauthorized Deduction / Deducción no autorizada		Fill out Section G / Llene la Sección G
Vacation / Vacaciones		Fill out Section H / Llene la Sección H
Sick Leave / Dias libres por enfermedad		Fill out Section H / Llene la Sección H
Paid Time Off (PTO) / Tiempo libre pagado		Fill out Section H / Llene la Sección H
Holiday / Dias festivos		Fill out Section H / Llene la Sección H
Personal Leave / Tiempo Libre Personal		Fill out Section H / Llene la Sección H
Mileage / Millaje		Fill out Section I / Llene la Sección I
Business Expenses / Gastos De Negocio		Fill out Section J / Llene la Sección J
Other / Otros		Attach written description Anexe una descripción escrita

**SECTION E. List All Dates And Hours (Month/Day/Year) Worked For Which You Were Not Paid.**

**SECCIÓN E. Enliste Todas Las Fechas Y Horas (Mes/Dia/ Año) Trabajadas Y Por Las Que No Recibio Pago Alguno.**

		Mon. <i>Lun</i> (Mo./Day/ Year)	Tues <i>Mar</i>	Wed <i>Mie</i>	Thurs <i>Jue</i>	Fri <i>Vie</i>	Sat <i>Sab</i>	Sun <i>Dom</i>	Total Hours Worked <i>Total de Horas Trabajadas</i>	Total Wages Earned but Not Paid <i>Sueldo Total Trabajado y No Pagado</i>
Week <i>Semana</i> 1	Date: <i>Fecha:</i>									
	Hours: <i>Horas:</i>									
Week <i>Semana</i> 2	Date: <i>Fecha:</i>									
	Hours: <i>Horas:</i>									
Week <i>Semana</i> 3	Date: <i>Fecha:</i>									
	Hours: <i>Horas:</i>									
Week <i>Semana</i> 4	Date: <i>Fecha:</i>									
	Hours: <i>Horas:</i>									

Use additional paper if needed. *Use paginas adicionales si lo requiere.*

**SECTION E SUBTOTAL: \$**

**SUBTOTAL DE LA SECCION E: \$**

**SECTION F. Commission, Bonus, Piece Rate, or Flat Rate**

Complete this section if you claim unpaid commissions, bonuses, piece rates, or flat rates. Attach any evidence, including commission, bonus, piece rate, or flat rate agreements, or explain in detail how these wages were earned.

**SECCIÓN F. Comisiones, Bono, Tasa Fija O Tasa Por Pieza**

Complete esta sección si usted está reclamando comisiones, bonos, tasas fijas o por pieza no pagados. Anexe cualquier evidencia incluyendo acuerdos o contratos, o explique de manera detallada como estos sueldos fueron ganados.

<b>COMMISSION: Sales earned and not paid</b> <i>COMISIONES: Ventas realizadas y no pagadas</i>	<b>Date commission was earned</b> <i>Fecha en que la comisión fue realizada</i>	<b>“Gross” commission amount owed</b> <i>Cantidad “Bruta” en comisiones adeudada</i>
		\$
<b>BONUS earned and not paid</b> <i>BONOS Ganados pero no pagados</i>	<b>Date bonus was earned</b> <i>Fecha en La Que El Bono Fue Ganado</i>	<b>“Gross” bonus amount owed</b> <i>Cantidad Bruta de Bonos Adeudados</i>
		\$
<b>PIECE RATE or FLAT RATE: Work completed for which you were not paid</b> <i>TASA FIJA O TASA POR PIEZA: Trabajo realizado, por el cual no ha recibido compensación</i>	<b>Date work completed</b> <i>Fecha en que se realizó el trabajo</i>	<b>“Gross” amount owed</b> <i>Cantidad bruto adeudado</i>
		\$

**SECTION F SUBTOTAL: \$**

**SUBTOTAL DE LA SECCION F \$**

**SECTION G. Unauthorized Deductions**

Complete this section if you claim your employer deducted money from your wages that you did not authorize. List each deduction and attach copies of your paystubs reflecting the deduction if possible. Use additional paper if needed.

**SECCIÓN G. Dediciones No Autorizadas**

Complete esta sección si su empleador realizó deducciones a su salario las cuales no fueron autorizadas por usted, enliste cada deducción y de ser posible adjunte copias de talones de pagos que reflejan las deducciones. Puede usar hojas adicionales si lo requiere.

<b>Unauthorized Deductions –Describe</b> <i>Deducciones no autorizadas – Descríbala(s)</i>	<b>Dates Deducted</b> <i>Fechas de las Deducciones</i>	<b>Amount Deducted</b> <i>Cantidad Adeudada</i>

**SECTION G SUBTOTAL: \$**

**SUBTOTAL DE LA SECCION G \$**

**SECTION H: Fringe Benefits**

Complete this section if you claim you are owed wages for unused vacation, sick leave, paid time off (PTO), holiday leave, or personal leave hours. If possible, attach a copy of your paystub or other document showing the accrued but unused hours.

**SECCIÓN H: Beneficios Adicionales**

Complete esta sección si usted reclama que se le deben salarios por horas de vacaciones, tiempo libre, licencias de días feriados, licencias personales, o licencias de enfermedad que no fueron utilizadas. Si es posible, ajunte una copia de su talón de pago u otros documentos que muestren las horas acumuladas, pero no utilizadas.

<b>Benefits</b> <i>(Beneficios)</i>	<b>Accrued Unused hours</b> <i>(Horas acumuladas pero no utilizadas)</i>	<b>Amount due</b> <i>(hours x wage rate)</i> <i>Cantidad Adeudada</i> <i>(horas x salario)</i>
Vacation / <i>Vacaciones</i>		
Sick leave / <i>Licencia por enfermedad</i>		
Paid time off (PTO) / <i>Pago de tiempo libre</i>		
Holiday leave / <i>Licencia de días feriados</i>		
Personal leave / <i>Licencia personal</i>		

**SECTION H SUBTOTAL: \$**

**SUBTOTAL DE LA SECCION H \$**



**SECTION I: Mileage Reimbursement**

Complete this section if you claim you are owed mileage reimbursement. Use additional paper if needed.

Mileage reimbursement rate: \$ \_\_\_\_\_ per mile. Normal roundtrip commute is \_\_\_\_\_ miles.

**SECCIÓN I: Reembolso De Millaje**

Complete esta sección si usted reclama que se le debe el reembolso de millaje. Use papel adicional si es necesario.

Tasa de reembolso de millaje: \$ \_\_\_\_\_ por milla. Viaje de ida y vuelta normal es \_\_\_\_\_ millas.

		Mon. <i>Lunes</i>	Tues. <i>Martes</i>	Wed. <i>Miércoles</i>	Thurs. <i>Jueves</i>	Friday <i>Viernes</i>	Saturday <i>Sábado</i>	Sunday <i>Domingo</i>	Weekly Total Miles <i>Millas Totales Semanales</i>	Amount Due <i>Cantidad Adeudado</i>
Week 1 <i>Semana 1</i>	Date: <i>Fecha:</i>									
	Miles: <i>Millas:</i>									
Week 2 <i>Semana 2</i>	Date: <i>Fecha:</i>									
	Miles: <i>Millas:</i>									
Week 3 <i>Semana 3</i>	Date: <i>Fecha:</i>									
	Miles: <i>Millas:</i>									
Week 4 <i>Semana 4</i>	Date: <i>Fecha:</i>									
	Miles: <i>Millas:</i>									
<b>Total Mileage Reimbursement claimed</b> <b><i>Reembolso Total por Millaje Reclamado</i></b>										

**SECTION I SUBTOTAL: \$**

***SUBTOTAL DE LA SECCIÓN I \$***

**SECTION J: Business Expenses**

Complete this section if you claim you are owed for business expenses, other than mileage reimbursement. Identify each business expense you are claiming and attach receipts. Use additional paper if needed.

**SECCIÓN J: Gastos De Negocio**

Complete esta sección si usted reclama que se le adeudan gastos de negocio, aparte de reembolsos de millaje. Identifique cada gasto de negocio que usted está reclamando y ajunte los recibos de los gastos. Use papel adicional si es necesario.

<b>Business Expense Description</b> <i>Descripción de los Gastos de Negocios</i>	<b>Amount Due</b> <i>Cantidad Adeudado</i>

**SECTION J SUBTOTAL: \$**

***SUBTOTAL DE LA SECCIÓN J \$***

**SECTION K. List Below the Subtotals Claimed for Sections E through J**

**SECCIÓN K. Lista Debajo Los Subtotales Reclamados Para Secciones E Hasta J**

	<i>Amount Cantidad</i>
Section E Subtotal: <i>Subtotal De La Sección E:</i>	
Section F Subtotal: <i>Subtotal De La Sección F:</i>	
Section G Subtotal: <i>Subtotal De La Sección G:</i>	
Section H Subtotal: <i>Subtotal De La Sección H:</i>	
Section I Subtotal: <i>Subtotal De La Sección I:</i>	
Section J Subtotal: <i>Subtotal De La Sección J:</i>	
Other: <i>Otro:</i>	
<b>TOTAL WAGE CLAIM:</b> <i>Salario Total Reclamado</i>	

**PLEASE READ AND SIGN THE CERTIFICATION AT THE BOTTOM**

**(This page and the Wage Claim Authorization following this page must be signed)**

**POR FAVOR, LEA Y FIRME LA CERTIFICACION EN LA PARTE INFERIOR**

**(ESTA PAGINA Y LA AUTORIZACION DE RECLAMACIÓN DE SALARIOS QUE SIGUE A ESTA PAGINA DEBE ESTAR FIRMADA)**

**SECTION L. Additional Information**

If you have any additional information about your claim, provide it below. Use additional paper if needed.

**SECCION M. Informacion Adicional**

*Si tiene información adicional acerca de su reclamo, por favor proporciónela en la parte de abajo, use paginas adicionales de ser necesario.*

**I HEREBY CERTIFY, UNDER THE PENALTIES OF PERJURY, THAT ALL OF THE STATEMENTS I HAVE MADE ON THIS WAGE CLAIM FORM ARE TRUE.**

**POR LA PRESENTE CERTIFICO, BAJO PENA DE PERJUICIO QUE LAS DECLARACIONES QUE HE HECHO EN ESTE FORMULARIO DE RECLAMACION DE SALARIOS SON VERDADERAS.**

Signature:

Date:

**(Original Signature required, no photocopied signature accepted)  
(Firma original requerida, no firma fotocopiada aceptada)**

### **Autorización de Reclamación de Salarios**

Entiendo que una vez que mi reclamo sea investigado, el Comisionado determinara si existe una aparente violación a la Ley de Salarios y Horas del Estado de Maryland (MWHL) y/o la Ley de Pago de Salarios y Cobros (MWPCL) por parte de mi empleador. Si el comisionado determina que (MWHC) y/o (MWPCL) fueron violadas. Yo autorizo al comisionado a resolver mi reclamo:

- (1) Informalmente a través de la mediación.
- (2) Si el reclamo es menor a \$5,000, al emitir una orden administrativa dirigiendo al mi empleador a pagar los salarios adeudados
- (3) Pidiendo a la Oficina del Fiscal General (OAG) que presente una demanda a nombre del Comisionado para mi uso y beneficio en una corte del Estado de Maryland en la que se tenga jurisdicción bajo MWHL. Yo Entiendo que la Oficina del Fiscal General no está obligada a presentar una demanda y puede rehusarse a aceptar mi caso. También entiendo que la aceptación de mi caso por parte de ESS, el Comisionado y La oficina del Fiscal General no garantiza el cobro de los salarios reclamados.

Yo entiendo que cualquier orden emitida por el comisionado o cualquier demanda presentada a mi nombre por la Oficina del Fiscal General está limitada solo al cobro de los salarios reclamados bajo MWHL y/o MWPCL. También entiendo que, si mi empleador presenta una demanda en mi contra en una corte u otro foro, ni el Comisionado ni la Oficina del Fiscal General me representaran y tendré que adquirir los servicios de un abogado privado o representarme por mi cuenta.

Yo entiendo que tengo el derecho de presentar una demanda por impago de salarios bajo MWHL y/o MWPCL (con o sin la asistencia de un abogado privado) en una corte de Maryland sin tener que presentar un reclamo con ESS. Yo entiendo que, de ser así, después de presentar un reclamo por impago de salarios con ESS y adquirir los servicios de un abogado privado, ESS, el comisionado y la Oficina del Fiscal General detendrán cualquier acción legal a mi nombre y cerrarán mi caso.

### **Cooperación con ESS, Comisionado y OAG**

Yo acepto a cooperar con ESS, el Comisionado, y la Oficina del Fiscal General en la investigación de mi reclamo de salarios y durante todas las fases de cualquier orden emitida por el Comisionado, así como cualquier demanda presentada a mi nombre por OAG. Por consiguiente, Yo acepto responder llamadas telefónicas, cartas o correos electrónicos de manera pronta. De ser necesario, participar en cualquier acuerdo, conferencia, mediación, audiencia y/o juicio relacionado con el reclamo de salarios. También acepto notificar a ESS, el Comisionado, y OAG inmediatamente si mi dirección, correo electrónico o número de teléfono son cambiados. o si recibo el pago de los salarios adeudados o bien, decido adquirir los servicios de un abogado privado.

Si no coopero completamente con ESS, el Comisionado, y OAG. Yo autorizo a ESS, el Comisionado y AOG a emprender cualquier acción legal que se considere pertinente, las cuales pueden incluir el cese de la investigación, así como el cerrar mi reclamo, retirar una orden o demanda presentada previamente. Si ESS, el Comisionado o AOG retiran una demanda, yo acepto que ellos no serán responsables de cualquier costo asociado con la ejecución de dicha demanda. En caso de ser retirada una demanda a mi nombre, yo entiendo que es posible que no pueda presentar otra demanda a mi nombre (aun con la asistencia de un abogado privado) si el estatuto de limitaciones ha expirado o si el retiro de la demanda ocurrió con perjuicio (retiro con perjuicio significa que usted no puede presentar de nuevo una demanda, aunque usted podría apelar el retiro de la misma).

**Acuerdo de Reclamo de Salario**

Yo acepto que ESS, el Comisionado, y/o AOG podrían llegar a un acuerdo considerando la cantidad reclamada en el Formulario de Reclamación de Salarios, la cantidad adeudada determinada en una orden emitida por el comisionado o la cantidad indicada en una demanda presentada por AOG sin darme previo aviso o aprobación de mi parte. Yo entiendo que cualquier acuerdo con relación a mi reclamo de salarios no incluirá daños ya que una corte de ley los otorga a su discreción bajo MWPCCL. Yo entiendo que seré notificado(a) si cualquier acuerdo propuesto discrepa con la cantidad de mi reclamo. Yo acepto que, si no apruebo el acuerdo, ESS, el Comisionado y/o AOG podrían cerrar mi reclamo o retirar una demanda previamente interpuesta (sujeto a reglas aplicables en corte, si una demanda ya ha sido presentada). Yo entiendo que la decisión de apelar cualquier determinación tomada por la Oficina de Audiencias Administrativas de Maryland dependerá de la discreción del Comisionado y/o de AOG.

**Cobro de Cheques o Giro Postal por Reclamo de Salario**

Yo autorizo a ESS, el Comisionado o AOG a recibir, endosar a mi nombre, y depositar a la cuenta del Comisionado, u otra cuanta apropiada, cualquier cheque o giro postal emitido hacia mí como pago a mi reclamo de salario. Yo entiendo que, una vez procesado, será emitido un cheque por parte del Estado de Maryland representando la cantidad depositada anteriormente. Sin embargo, yo entiendo que esta cantidad podría ser reducida como resultado de una deuda hacia el Estado que se encuentre pendiente. Dicha deuda podría incluir adeudos al pago de manutención de menores, impuestos estatales, etc. También entiendo que debo contactar a un profesional fiscal para obtener información respecto al reporte de ingresos que se debe realizar a las autoridades tributarias. Yo entiendo que no soy responsable por ningún costo incurrido por el comisionado en la ejecución de una acción legal para cobrar mis salarios. A menos que (a) los gastos sean aprobados por mí por anticipado. O (b) adjudicados por estatuto o reglas en corte. También entiendo que un juicio emitido en corte a mi favor podría ser referido al Departamento de Presupuesto y Administración, Unidad Central de Cobranza.

Name of Wage Claimant, Print Legibly  
*Nombre del Reclamante, Letra Legible*

Signature of Wage Claimant  
*Firma del Reclamante*

Date / Fecha

Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip Code / Código Postal

Telephone Number(s) / Número Telefónico (s)

Email Address(es) / Correo Electrónico (s)