



**Departamento de  
Trabajo e Industria de Montana  
Division de Normas de Empleo**

Formulario de Relamo de Salario  
Buró de Cumplimiento e Investigación

Dirección de envío:  
PO BOX 201503  
Helena MT 59620-1503  
Correo electrónico: [DLIERDWage@mt.gov](mailto:DLIERDWage@mt.gov)

Dirección física:  
301 S Park, 5to piso  
Helena MT 59601  
Teléfono: 406-444-6543

Sitio web: [www.mtwagehourbopa.com](http://www.mtwagehourbopa.com)

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

**ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD**

Apellido, primer nombre, inicial del segundo	Últimos 4 del Seguro Social	Dirección de correo electrónico:
Dirección postal: (calle # - nombre, apartado de correos)		Número de teléfono diurno:
Ciudad (*): Estado (*): Código postal:		Número Celular:
Modo de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico	Ocupación/funciones por las que se reclaman los salarios:	

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

Nombre de la Empresa:	Nombre de contacto:
Dirección de la Empresa: (CALLE #, Nombre, Apartado Postal)	Tipo de Empresa:
Ciudad (*): Estado (*): Código postal	Teléfono Números: (Negocio/Celular)
Dirección de correo (Si es diferente a la anterior) (Dirección, Ciudad, Estado, Código postal)	Dirección de correo electrónico/Sitio web del empleador:

**ESTATUS DE LA EMPRESA:**

Abierto       Vendido       Cerrado/Operaciones Cesadas       Bancarrota       Otro:

Fecha en que el empleador cerró la Empresa (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_

**Por favor responda lo siguiente:**

	Sí	No
¿Tiene un acuerdo salarial por escrito? Si es así, proporcione una copia.		
¿Fue contratado en Montana?		
¿Realizó trabajo para este empleador en Montana?		
¿Ha emprendido otras acciones legales en el cobro del dinero al que se refiere esta demanda?		
¿Estaba su empleo cubierto por un acuerdo de negociación colectiva (contrato sindical)? Si es así, proporcione copias.		
¿Ha mantenido un registro de las horas trabajadas y los salarios pagados? En caso afirmativo, proporcione copias.		

FECHA DE INICIO DEL EMPLEO (MM/DD/AA):		ÚLTIMA FECHA EN QUE TRABAJÓ (MM/DD/AA):	
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Despedido <input type="checkbox"/> Aún Empleado		¿Con qué frecuencia le pagaron? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Mensual	
Indique su tasa de pago:	Por hora \$	Salario \$	Comisión \$
		Precio por pieza \$	Otro \$
Tipo de reclamo:	Periodo de reclamación MM/DD/AA a MM/DD/AA	Calcule la cantidad reclamada para cada sección Adjunte hojas adicionales si es necesario	Cantidad reclamada
Por Hora		(Ejemplo: Por hora: 80 horas X \$10.00/HR= \$800.00)	
Salario			
Comisión			
Bono			
Precio por pieza			
Salario mínimo			
Sobre Tiempo <input type="checkbox"/>			
Vacaciones			
Tiempo libre pagado (PTO)			
Retención Indevida			
Salario preveciente			
Salario preveciente Beneficios complementarios		Para reclamos de salarios prevecientes, proporcione el número total de días trabajados	
Otro			
<b>Importe bruto total (antes de las deducciones fiscales) monto reclamado:</b> ***El reclamo será devuelto si no se proporciona una cantidad***			

- Afirmo que esta es una declaración verdadera de los salarios que se me deben a mi leal saber y entender.
- Autorizo a los agentes del Comisionado Laboral a recibir, endosar mi nombre y depositar cualquier cheque o giro postal obtenido como pago de este reclamo.
- Si no solicito el dinero pagado en este reclamo, autorizo el envío por correo a mi propio riesgo.
- Si no solicito la devolución de los documentos que se me hayan presentado en relación con este reclamo, autorizo la destrucción de los mismos después de cinco años.
- Entiendo que el Comisionado Laboral no asume que mi reclamo es válido simplemente porque el reclamo sea aceptado para investigación.
- Entiendo que no hay garantía de que el Comisionado Laboral pueda cobrar los salarios que me deben.
- Entiendo que la información que presente se le proporcionará al empleador incluso si todavía estoy empleado con el empleador.
- Entiendo que puedo consultar con un abogado en cualquier momento, incluso si hay una consecuencia adversa para mí por presentar este reclamo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Demandante

**Importante:** Al presentar este reclamo ante la Unidad de Horas y Salarios, no puede presentar el mismo reclamo ante un tribunal de justicia. Información importante que nuestra oficina debe ser notificada por escrito:

- Cualquier cambio de nombre, dirección o número de teléfono: suyo y del empleador.
- Cualquier pago hecho directamente a usted por el empleador.
- Retiro o liquidación de su reclamo salarial.