

**COMISIÓN DE LA FUERZA LABORAL DE TEXAS**  
**INFORMACIÓN SOBRE RECLAMOS SALARIALES**  
**LEY TEXANA DE SALARIOS ATRASADOS**

**¡AVISO IMPORTANTE! COMPLETE TODO EL FORMULARIO.**  
**AL FIMAR, ESTA DECLARANDO QUE SU RECLAMO ES VERDAD BAJA PENA DE PERJURIO**

**INFORMACIÓN PARA TENER EN CUENTA ANTES DE ABRIR UN RECLAMO SALARIAL:**

Muchas veces es posible resolver problemas salariales hablándolo con el empleador. Antes de abrir un reclamo de salario atrasado, podría valer la pena señalarle a su empleador ciertas disposiciones de la Ley Texana de Salarios Atrasados. El Título 2, Capítulo 61 del Código Laboral de Texas dispone lo siguiente:

1. Si Ud. no está sujeto/a a las disposiciones sobre pago por horas extras de la Ley de Normas Laborales Justas (*Fair Labor Standards Act*), su empleador deberá pagarle su salario por lo menos una vez al mes. A todos los demás empleados se les deberá pagar por lo menos dos veces al mes.
2. Si falta al trabajo el día de pago, tiene derecho a que le paguen su salario, a su pedido, en un día hábil regular.
3. Si deja el trabajo por un motivo que no sea despido, su empleador tendrá que pagarle íntegramente en el próximo día regular de pago a más tardar.
4. Si queda despedido/a, su empleador tendrá que pagarle íntegramente dentro de los seis días del despido.
5. Las bonificaciones o el salario a base de comisiones deberán pagarse oportunamente, de conformidad con los términos del acuerdo que se haya celebrado entre el empleado y el empleador.
6. Ud. puede tener derecho a un salario atrasado en concepto de beneficios adicionales no aprovechados (vacaciones o días feriados, permiso por enfermedad, permiso para el cuidado de hijos menores o indemnización por despido), únicamente cuando el empleador otorgue dichos beneficios mediante una política o acuerdo que conste por escrito.
7. El empleador podrá retenerle su salario únicamente cuando:
  - a. se lo ordene un tribunal;
  - b. así se lo autorice una ley estatal o federal (por ejemplo, impuestos sobre los salarios); o
  - c. el empleador cuente con la autorización por escrito de Ud. para hacer tales deducciones.

**SI UD. SE CONSIDERA PERJUDICADO/A EN SUS DERECHOS BAJO LA LEY DE SALARIOS ATRASADOS, PODRÁ ABRIR UN RECLAMO SALARIAL POR ESCRITO. SE LE ADVIERTE QUE NO SE PODRÁ ACEPTAR UN RECLAMO SALARIAL EN LOS CASOS A CONTINUACIÓN:**

- Si Ud. no ha llenado su reclamo salarial en forma **completa, legible y exacta** y si no lo ha **firmado ni declarado verdadero bajo pena de perjurio**. El reclamo deberá señalar cada tipo de salario atrasado que se reclama y la forma en que Ud. calculó lo que se le debe. Si la información en su reclamo salarial es insuficiente para contactar al empleador, su reclamo será denegado.
- Si su reclamo salarial **no tiene su firma ni consta de una declaración de que la información es verdadera, bajo pena de perjurio**.
- Si Ud. trabajaba como **“contratista independiente”** y no como “empleado/a” de la empresa en cuestión.  
*(Si no está seguro, presente su reclamo y nosotros determinaremos si usted era contratista independiente o empleado.)*
- Si Ud. era **empleado/a de algún pariente próximo** (por ejemplo madre, abuelo o suegro).  
*(Si no está seguro, presente su reclamo y nosotros investigaremos las circunstancias.)*
- Si su empleador ha **solicitado una declaración de quiebra**.  
*(Si no está seguro/a, preséntenos su reclamo, pero quizás también tendrá que dejar asentado su reclamo en un “proof of claim” (constancia de reclamo) directamente en el Tribunal de Quiebras.*
- Si Ud. era **empleado/a del gobierno federal, del estado o de una subdivisión política del estado**.
- Si presenta el reclamo salarial **después de cumplirse los 180 días** subsiguientes a la fecha en que debieron pagarle su salario atrasado. Si parte de su reclamo entra dentro de los 180 días, reclame sólo esa parte.
- Si Ud. presenta un reclamo contra más de un empleador en un solo formulario. Deberá usar un formulario de reclamo salarial por cada empleador.

**Complete y envíe su reclamo salarial por correo a:**

**Comisión de La Fuerza Laboral de Texas**  
**Sección de Leyes Laborales**  
**101 E. 15<sup>th</sup> St. Room 124T**  
**Austin, TX 78778-0001**

**o**

**Por fax al:**

**1-512-475-3025**

**Si necesita ayuda, llame al 1-800-832-9243, 1-512-475-2670 o al servicio TDD (discapacidades auditivas) al 1-800-735-2989.**

**Favor de adjuntar copia de su cheque o talón de cheque salarial más reciente. Para horas ordinarias y horas extras, favor de adjuntar un análisis detallado de días y horas de trabajo o favor de completar la hoja de asistencia adjunta. Ud. es responsable de avisar inmediatamente y por escrito a la sección de Leyes Laborales en caso de cualquier cambio de domicilio o número telefónico. Si no podemos comunicarnos con Ud., se reducirán sus probabilidades de cobrar un salario atrasado.**

## Formulario Adjunto de Reclamo Salarial

### Pregunta Nro.14 - Análisis detallado de horas trabajadas por semana

**Instrucciones:**

**Ingrese** la fecha del día de comienzo de la primera semana de trabajo

**Ingrese** el horario de inicio del primer día en la tarjeta de asistencia

- Ingrese la hora de inicio en el columna Hora
- Ingrese los minutos en el columna Min
- Ingrese AM o PM en el columna AM/PM

Ejemplo: Si empezó a trabajar a las 8:30 am, ingrese;

Hora	Min	AM/PM
8	30	AM

**Ingrese** el horario de interrupción para un tiempo de descanso o periodo de comida en la sección Horario de Interrupción; siguiendo el ejemplo anterior

**Ingrese** el horario de inicio cuando regresó a trabajar después de un tiempo de descanso o periodo de comida en la sección Horario de Inicio 2

**Ingrese** el horario de terminación en la sección Horario de Terminación

**Ingrese** la cantidad total de horas que trabajó en ese día

**Ingrese** la cantidad total de horas que trabajó en esa semana completa

<b>Semana 1</b>	<b>Horario de Inicio</b>			<b>Horario de Interrupción</b>			<b>Horario de Inicio 2</b>			<b>Horario de Terminación</b>			<b>Horas Trabajadas</b>
	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	
<b>Total de horas semanales</b>													

<b>Semana 2</b>	<b>Horario de Inicio</b>			<b>Horario de Interrupción</b>			<b>Horario de Inicio 2</b>			<b>Horario de Terminación</b>			<b>Horas Trabajadas</b>
	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	Hora	Min	AM/PM	
<b>Total de horas semanales</b>													

### Pregunta Nro.15 y 16 - Análisis detallado de Comisiones o Bonificaciones

Favor de incluir un análisis detallado e información que deje constancia de comisiones o bonificaciones.

*(Ejemplo: clientes/ventas/cuentas X % de comisión/bonificación = comisión o bonificación por venta)*

Favor de incluir información que deje constancia de millas recorridas, tal como hojas de ruta o registros de viajes de ciudad a ciudad.

**Si necesita hojas de cálculo adicionales, favor de hacer copias.**

# RECLAMO SALARIAL

## COMISIÓN DE LA FUERZA LABORAL DE TEJAS LEYES LABORALES, 101 EAST 15TH STREET, AUSTIN, TEXAS 78778-0001

Tel. 1-800-832-WAGE (1-800-832-9243) o 1-512-475-2670 o TDD (Servicio Telefónico para Sordos) 1-800-735-2989; Fax 1-512-475-3025

(DE CONFORMIDAD CON EL TITULO 2, CAPITULO 61 DEL CODIGO LABORAL DE TEJAS)

FAVOR DE ESCRIBIR CON TINTA Y EN FORMA LEGIBLE. Nota: Es optativo anotar el Número de Segura Social, pero el hecho de no incluirlo puede causar un atraso en la tramitación de su reclamo.

DATOS DEL/DE LA RECLAMANTE	DATOS DEL PATRON
Nombre y Apellido _____ <small>(nombre) (segundo nombre) (apellido)</small>	Nombre comercial _____
Dirección _____	Nombre del/de la propietario/a _____
Apartamento # _____	Dirección del comercial _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____	_____
Número de seguro social _____	Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de su residencia (____) _____	Teléfono del patrón (____) _____
Fecha de nacimiento _____ <small>(mes día año)</small>	Ubicación del centro de trabajo _____
Teléfono de su trabajo actual o Celular (____) _____	_____

### INFORMACION LABORAL

- ¿Qué trabajo hacía Ud.? \_\_\_\_\_
- ¿En qué fecha empezó a trabajar? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es su situación laboral ahora, con respecto a dicho patrón?  Sigo trabajando  Renuncié el día \_\_\_\_\_  
 Se me despidió el día \_\_\_\_\_  
¿Cuál fue el motivo de su separación de empleo? \_\_\_\_\_
- ¿Cuáles eran sus días regulares de pago? \_\_\_\_\_  
¿Cómo le calculaban su salario? (por empleo, a \$3.00 la hora, \$1,000 mensuales, 50 centavos por pieza, \$2.00 por pie cuadrado) \_\_\_\_\_  
¿Cuál era el horario de trabajo convenido? \_\_\_\_\_ horas por día, \_\_\_\_\_ días por semana, \_\_\_\_\_ otro sistema?
- ¿Qué clase de acuerdo había sobre el salario?  Verbal  Escrito (**adjuntar copia**)
- Los salarios que reclama, ¿los ganó en el estado de Tejas?  Sí  No  
En caso negativo, ¿se hizo el contrato de trabajo en el estado de Tejas?  Sí  No
- ¿Se hacían deducciones a su salario por concepto de impuestos?  Sí  No  
¿El negocio de su patrón sigue en operaciones?  Sí  No  
¿Cuál es el domicilio del patrón y su número telefónico? \_\_\_\_\_
8. **¿La empresa está en quiebra?**  Sí  No
9. ¿Cuál es el nombre y el teléfono de su supervisor(a) durante el período referido en el reclamo? \_\_\_\_\_
10. **Si tiene algún lazo familiar con el patrón, favor de indicar el parentesco.** \_\_\_\_\_
11. ¿El patrón le dio alguna razón para no pagarle? En caso afirmativo, favor de explicar. \_\_\_\_\_

(SIGUE AL DORSO)

12. Seleccione la(s) categoría(s) de salarios atrasados que mejor corresponda(n) a los que reclama, indicando **la suma del salario atrasado** y el importe del salario bruto que se le debe. NOTA: No puede reclamar el reembolso de ningún tipo de gasto, ya que los gastos no constituyen salario.

Salario regular \$ \_\_\_\_\_ Comisiones \$ \_\_\_\_\_ \* Prestaciones \$ \_\_\_\_\_ Deducciones al salario \$ \_\_\_\_\_

Tiempo extra \$ \_\_\_\_\_ Gratificación sin pagar \$ \_\_\_\_\_ Salario inferior al mínimo \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL DE LOS SALARIOS ATRASADOS QUE SE RECLAMAN \$ \_\_\_\_\_.**

\* Los únicos beneficios adicionales que pueden reclamarse son los siguientes: pago por vacaciones o días feriados, indemnización por despido, permiso por enfermedad, permiso para el cuidado de niños menores, tiempo libre pagado o días libres pagados. Para poder reclamar, estos beneficios tendrán que haberse otorgado mediante un acuerdo o política escrita del empleador.

13. ¿En qué fecha debió haberse pagado el salario que se reclama? \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

14. En caso de reclamar un **salario regular, salario por tiempo extra, y/o salario mínimo**, ¿cuales son las fechas en qué Ud. trabajó sin recibir el salario? Del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Favor de explicar cómo calculó las sumas que reclama. (Por ejemplo, 20 horas al salario regular a razón de \$5.00 por hora más 5 horas de tiempo extra a \$7.50 la hora. Otro ejemplo: 30 artículos a razón de 75 centavos por pieza.) \_\_\_\_\_

Sírvase adjuntar los talones de cheques o la declaración de ganancias. \_\_\_\_\_

15. En caso de reclamar **comisiones**, ¿durante qué período se ganó el salario que se reclama?

Del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Favor de explicar cómo calculó las sumas que reclama. (adjunte información en apoyo de su reclamo, tales como constancias de ventas, talones de cheques, etc.) \_\_\_\_\_

16. En caso de reclamar un **gratificación**, indique si ésta correspondía al acuerdo laboral o si era un simple regalo. \_\_\_\_\_

Si la **gratificación** se pagaba a base del desempeño de su trabajo, ¿en qué periodo se ganó?

Del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Favor de dar detalles de la gratificación y adjuntar copia. \_\_\_\_\_

17. En caso de reclamar cobertura por una **prestación**, favor de indicar que **prestación(es) o beneficio(s)** reclama y por qué tiene derecho a tal salario. Favor de calcular cómo calculó la suma que se debe e **adjuntar copia** del acuerdo escrito o norma oficial del patrón referente al tipo de prestación(es) que reclama. \_\_\_\_\_

18. En caso de reclamar **deducciones**, indique si firmó alguna autorización para deducciones aparte de las que normalmente se descuentan del salario.  Sí  No En caso afirmativo, favor de explicar (**adjuntar copia**). \_\_\_\_\_

19. ¿Está usted en quiebra?  Sí  No En caso afirmativo, ¿en qué fecha se radicó de declaración de quiebra? \_\_\_\_\_

Capítulo: \_\_\_ Caso Núm: \_\_\_\_\_ Lugar en que se radicó la declaración: \_\_\_\_\_

Indique el nombre, la dirección y el teléfono del abogado que le representa en su caso de quiebra. \_\_\_\_\_

20. ¿Tiene usted conocimiento de algún acuerdo (tal como arbitraje, acuerdo de negociación colectiva, contrato sindical, ERISA, Acción de Servicio Contratado, etc.) que se haya concertado entre usted y el patrón?  Sí  No

En caso afirmativo, sírvase adjuntar copia de dicho acuerdo. \_\_\_\_\_

21. Otras observaciones: \_\_\_\_\_

20. Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**ENTIENDO QUE EN CASO DE DETERMINARSE QUE ESTE RECLAMO FUE INICIADO DE MALA FE QUEDARÉ SUJETO/A A LA IMPOSICIÓN DE UNA SANCIÓN ADMINISTRATIVA.**

Para ser considerado válido, su reclamo salarial deberá **ser completado a continuación y firmado como verdadero bajo pena de perjurio.**

Mi nombre y apellido son \_\_\_\_\_, mi fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_

(Primer nombre) (Seg. Nombre) (Apellido) (mes/día/año)

y mi dirección es \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal) (País)

**Declaro bajo pena de perjurio que la información precedente es verdadera y correcta.**

Celebrado en el Condado de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(Mes) (Año)

\_\_\_\_\_  
**Declarante (firma)**