SALARIO FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección Código: _____ Código: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguro Social: _____
Mes/Día/Año

Fecha de comienzo de Empleo: _____ Fecha de terminación de empleo: _____
Mes/Día/Año Mes/Día/Año

Nombre de empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección del Lugar de Trabajo: _____ Código: _____

Es Contrato de Servicios para un valor de más de $100,000? [Comprobar uno] ☐ Si ☐ No ☐ No Se

¿Cuántas semanas consecutivas has trabajado en este proyecto?: _____

¿Sabía usted trabaja a tiempo completo: ☐ Si ☐ No

Primer día de trabajo en este contrato: _____ Último día de trabajo en este contrato: _____

Tarifa de pago $_____ [Comprobar uno] ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual

Declaraciones / Explicación de Reclamación:

Yo declaro solemnemente y afirmo bajo pena de perjurio que las cuestiones y los hechos establecidos en este documento, son verdaderos y correctos.

FIRMA: FECHA:

Departamento de Trabajo, Licencias y Reglamentación
División de Trabajo e Industria
Sección de Living Wage (Salario Vital)
1100 North Eutaw Street, Room 606
Baltimore, MD 21201
Llame: (410) 767-3068 • Número de Fax: (410) 767-2986
Correo electrónico: dldlilivingwage-dllr@maryland.gov

Rev. 9/2015