

Wage Theft Complaint Form

If you prefer a language other than English, we can provide free translation assistance. Please email wagetheft@phila.gov or call 215.686.0802.

Thank you for contacting the Office of Worker Protections. Please clearly print or type answers to the questions below. If you have questions about this form or would like help filling out this form, please email our office at wagetheft@phila.gov or call 215.686.0802.

You can submit the completed form in the following ways:

- 1) Email: WageTheft@phila.gov
- 2) Mail to: Office of Worker Protections,
Attn: Office of Worker Protections
100 S Broad St, 4th Floor, Philadelphia PA 19102

After our office receives your completed form, we will contact you within fifteen business days.

Contact

Provide the best form of contact.

1

Name _____

Address _____

Email _____ Phone _____

Employment Information

Enter details about the employer for this complaint.

2

Name of Business _____

Address _____

Supervisor Name _____ Supervisor Phone _____

Supervisor Email _____ Your Job Title _____

Are you currently employed by this employer? Yes No

Complaint details

Enter information about the complaint.

Please submit all information you have regarding hours worked and compensation along with this form. Our office will work with you if additional information is needed.

3

Please check each violation for this complaint:

Minimum wage Not paid agreed wage Wrongful pay deduction

Overtime Not paid all hours worked Tip deduction

Work off the clock Not paid benefits Other (specify) _____

Have you experienced retaliation from this employer? Yes No

Dates or time periods for wage theft claim: _____

Estimated Total Wage Theft claim: (Minimum \$100) _____

Signature

4

Pursuant to 18PA.CON.S.TAT.ANN. § 4904, relating to unsworn falsification to authorities, I affirm that to the best of my knowledge, this information and any other information I supply is true, correct and complete. I understand that if I make false statements, I'm subject to penalties.

Signature _____ Date _____

Internal use only

Complaint # _____

Investigator Initials: _____

Date sent to employer _____

Formulario de denuncia de robo de salario

Si prefiere otro idioma que no sea el español, podemos proporcionarle asistencia de traducción gratuita. Envíe un correo electrónico a wagetheft@phila.gov o bien llame al 215-686-0802.

Gracias por ponerse en contacto con la Oficina de Protección de los Trabajadores. Escriba con letra de imprenta de forma clara o a máquina las respuestas a las siguientes preguntas. Si tiene preguntas sobre este formulario o necesita ayuda para completarlo, envíe un correo electrónico a nuestra oficina: wagetheft@phila.gov o bien llame al 215-686-0802.

Una vez que haya completado el formulario, las opciones para presentarlo son las siguientes:

- 1) Correo electrónico: WageTheft@phila.gov
- 2) Correo postal: Oficina de Protección de los Trabajadores, a la atención de: Oficina de Protección de los Trabajadores
100 S Broad St, 4th Floor, Philadelphia PA 19102

Una vez que nuestra oficina reciba su formulario completo, nos pondremos en contacto con usted en un plazo de quince días hábiles.

Contacto

Escriba la mejor opción para que podamos contactarlo.

1

Nombre _____

Dirección _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Información sobre el empleo

Proporcione los datos sobre el empleador para esta denuncia.

2

Nombre de la empresa _____

Dirección _____

Nombre del supervisor _____ Teléfono del supervisor _____

Correo electrónico del supervisor _____ Su cargo _____

¿Usted trabaja actualmente para este empleador? Sí No

Datos de la denuncia

Ingrese información acerca de

la denuncia.

Presente toda la información que tenga sobre las horas trabajadas y la remuneración junto con este formulario.

Nuestra oficina se pondrá en contacto con usted si se necesita información adicional.

3

Marque cada una de las infracciones de esta denuncia:

Salario mínima No he cobrado el salario convenido Retenciones indebidas sobre el salario

Horas extras No se me ha pagado la totalidad de las horas trabajadas Retención de propinas

Trabajo fuera de horario No se pagan los beneficios Otra (especifique) _____

Sí No

¿Ha sufrido represalias por parte de este empleador? _____ S _____

Fechas o períodos de tiempo para la denuncia por robo de salario: _____

Estimación del total de la denuncia por robo de salario: (Mín. \$100) _____

Firma

4

En virtud de la ley 18PA.CON.S.TAT.ANN. sección 4904, en relación con la falsificación no jurada a las autoridades, afirmo que, a mi leal saber y entender, esta información y cualquier otra que facilite es verdadera, correcta y completa. Entiendo que si efectúo declaraciones falsas, seré sancionado .

Firma _____ Fecha _____

Para uso interno

Denuncia n°: _____

Iniciales del investigador: _____

Fecha de envío al empleador _____