Wage and Hour Program **P.O. Box 488** **Montpelier, VT 05601-0488** **Telephone: 802-828-0267** **FAX: 802-828-4198** **E-Mail: Labor-Wagehour@state.vt.us**	**Vermont Department of Labor** ***Departamento de Labor de Vermont*** **WAGE / BENEFIT CLAIM FORM** ***Formulario de Denuncia Salarial***	**For Office Use Only** ***Únicamente para el uso de oficina*** **Claim #:**_____ **Entered:**_____

WORKER'S INFORMATION
Información del trabajador

Workers name: _____ ***Nombre del trabajador***	**SS #:** _____ ***Número de seguro social***	**Telephone #:**_____ ***Numero de teléfono***
Worker's mailing address: _____ ***Dirección postal del trabajador***		**Are you a high school student**_____ ***Es usted un estudiante de preparatoria?***

BUSINESS INFORMATION
Informacion del negocio

Business Name: _____ ***Nombre del Negocio***	**Business Telephone #:**_____ ***Numero de teléfono del negocio***
Business Owner's Name: _____ ***Nombre del Dueño del Negocio***	**Job title:** _____ ***Titulo del Empleo***
Business MAILING Address: _____ ***Direccion Postal del Negocio***	
Business PHYSICAL Address: _____ ***Direccion Fisica del Negocio***	

Start Date of Employment: _____ **Last Day Worked:** _____ **Still Employed?** _____

Fecha que comenzó el empleo ***Ultimo día trabajado*** ***Todavía Empleado?***

Claim for *(check all that apply)*: □Unpaid Wages □Unpaid Overtime□Improper Deduction □Unpaid Benefits

Denuncia para (marque todos que se apliquen): □Sueldos no pagados □horas extras no pagadas □Deducciones incorrectas □beneficios no pagados

Rate of Pay $ _____ **(per day, week, year, salary) Total Gross Amount Due:** _____

Taza de pago ***(por día, semana, años, salario)*** ***Total Bruto de Cantidad Debida:***

Indicate breakdown of unpaid wages and overtime below, for improper deductions or unpaid benefits, please provide details supporting your claim
Indique la separación de sueldos y horas extras no pagados a continuación, para deducciones incorrectas o beneficios no pagados, por favor proporcionen detalles que apoyan

Pay Period Ending Date ***Fecha de la cierra de semana del periodo de pago***	**Date Payment was Due** ***Fecha debida de la entrega del pago***	**Number of Hours Unpaid** ***Número de horas no pagadas***		**Amount Unpaid** ***Cantidad no pagada***		**Total Amount of Wages Owed This Pay Period** ***Cantidad total de sueldos no pagados en este periodo de pago***
		Regular ***Regular***	**Overtime** ***Horas extras***	**Regular** ***Regular***	**Overtime** ***Horas extras***	

***Cannot be greater than 2 years old**
No se puede desde hace más de 2 años

I hereby certify that, to the best of my knowledge, these statements are true. I understand that a copy of this claim, and any materials that I submit to the Wage and Hour Program relative to this claim, will be forwarded to my employer and/or my employer's representative.
Por este medio yo certifico que, a lo mejor de mi conocimiento, estas declaraciones son verdaderas. Yo entiendo que una copia de esta denuncia, y cualquier otro material que yo entrego al Programa de Sueldos y Horas relacionado con lo mismo, serán enviados a mi empleador y/o el representante de mi empleador.

Signature: _____ **Date:** _____
Firma: ***Fecha:***