

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
NEGOCIADO DE NORMAS DE TRABAJO**

RADICACIÓN DE RECLAMACIONES

A. DATOS DEL RECLAMANTE

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno	Seguro Social	Teléfono
Dirección				
Zip Code				
Dirección residencial (Incluya calle y número, urbanización o barrio y pueblo)				
Zip Code				
Nombre, dirección y teléfono de familiar más cercano que no resida con el querellante				

B. DATOS SOBRE EL PATRONO

Nombre del patrono	Nombre de la compañía	
Dirección donde está ubicada (Indique calle y número, urbanización o barrio y pueblo)		
Zip Code		
Dirección postal		
Zip Code		
Clase o tipo de negocio	Actividad Principal	Acogido Corte de Quiebra
Individual Corporación		si no
Sociedad		Núm. Caso _____
Nombre Gerente, Administrador o Dueño		Teléfono

C. DATOS PARA LA RECLAMACIÓN

Ocupación u oficio

Empleado temporero

Compañía que lo contrató

Fecha comenzó a trabajar

Fecha cesó

____ día ____ mes ____ año

____ día ____ mes ____ año

Jornada de Trabajo:

DE HASTA Período de tomar alimentos

Permiso para reducir PTA

si

Turnos Trabajados

no Desde Hasta

no sabe

Núm. días trab.

Total horas trabajadas

Días libres semanales

Salario devengado

Pago horas extra

_____ diaria

\$ _____

tiempo y medio

_____ semanal

por: hora día

tiempo doble

_____ mensual

semana mes

sencillas

comisión

Vacaciones pagadas:

Lic. Por enfermedad pagada

_____ días \$ _____ cantidad

_____ días \$ _____ cantidad