Martha Coakley
Attorney General

The Commonwealth of Massachusetts
Office of the Attorney General

Fair Labor Division
One Ashburton Place
Boston, Massachusetts 02108

(617) 727-2200
(617) 727-3465 Helpline
WWW.MASS.GOV/AGO

Re: Instruções de Queixa de Salário Forma

Caro Sr./Sra:

Incluído acha a forma de queixa de salário que você solicitou. Por favor complete esta forma completamente e exatamente como possível. Também, enviem fotocópias de qualquer informação de suporte, tal como copia da folha de salario, horário de trabalho e correspondência de seu empregador. Por favor mantenha os originais para seus registros. Retorne a forma completa e materiais a:

Office of the Attorney General
Fair Labor Division
One Ashburton Place, Room 1813
Boston, MA 02108

Antes de nós pode processar sua queixa, nosso escritório deve receber plena informação completa de você. Por favor cheque assegurar-se que você forneceu o seguir:

- O nome e endereço, incluindo código postal, completo do empregador
- A descrição do trabalho que você executou
- A quantia de salários que você são devidos e seu por hora ou cada semana índice de salário
- Exija datas trabalhadas, mas não pago
- A cidade ou povoado onde você trabalhou
- Ultima data que você trabalhou
- Date que fez uma exigência pessoal a seu empregador para salários pendentes e resposta do empregador
- As cópias de folhas de pagamento
- Se reivindica férias pendentes, inclui uma cópia de sua apólice de férias do empregador
- Qualquer informação que esclareceria sua reivindicação (une folhas adicionais se for necessário)

Depois que revisar o material que você fornece, o Escritório do Procurador Geral da Justiça determinará se conduzir uma investigação preliminar e se mais ação é garantida. Isto pode incluir o seguir:

- A restituição que procura de seus salários pendentes
- Emitir uma citação civil contra seu empregador
- Faser indeminisacao ao seu empregador

Se o Procurador Geral da Justiça elege a institue um criminoso ou ação civil de execução, você será exigido ser entrevistado por um investigador deste escritório. Mais tarde, você também pode necessitar aparecer nalguma das sessoes. Se deseja arquivar o próprio processo, noventa dias depois de arquivar uma queixa com este escritório, você pode processar seu empregador em corte civil para seus salários, estragos triplos e taxas legais. Você também pode solicitar en permissão escrita do Escritório do Procurador Geral da Justiça prosseguisse antes do fim do noventa dia de período de espera.

Por favor nota que normalmente demorara várias semanas para revisar e conduzir uma investigação preliminar de sua queixa.

Sua queixa pode ser remetida a seu empregador para resposta.

Martha Coakley
Attorney General

The Commonwealth of Massachusetts
Office of the Attorney General

Fair Labor Division
One Ashburton Place
Boston, Massachusetts 02108

(617) 727-2200
(617) 727-3465 Helpline
WWW.MASS.GOV/AGO

FORMULÁRIO DE QUEIXA TRABALHISTA- Página 1

Favor fornecer o máximo de informação que puder neste formulário e enviá-lo pelo correio para o endereço escrito acima. A informação desta página não será compartilhada com seu empregador.

Informação do Empregado

Primeiro Nome _____ Segundo Nome _____ Sobrenome_____

Número de Seguro Social* _____ Data de Nascimento _____ Sexo: **M**_____ **F**_____
(mês / dia / ano)

Endereço atual para correspondência _____

Cidade _____ Estado _____ Zip (CEP) _____ Email _____

Telefone (Casa) _____ Telefone (Celular) _____

Contato de emergência (amigo / familiar que pode servir de contato): Nome _____ Telefone_____

Endereço _____ Cidade _____ Estado _____ Zip (CEP) _____

Data que começou a trabalhar_____ Data que terminou o emprego_____
(mês / dia / ano) *(mês / dia / ano)*

Favor ler: Na maioria dos casos, o texto objeto de sua reclamação será considerado registro público e estará disponível a qualquer integrante da população mediante solicitação. Ao atendermos tal solicitação, geralmente não divulgamos o nome, endereço, número de telefone, ou qualquer outra informação que lhe identifique. Também não divulgamos este formulário em resposta a qualquer solicitação que especificamente está relacionada à reclamação feita por você. Entretanto, seu registro, em sua totalidade, pode ser revelado aos órgãos de segurança pública ou reguladores, os quais podem ajudar na resolução de sua reclamação.

** Informar o número de seguro social é opcional. Isso nos ajudará a processar sua reclamação, no entanto, iremos proceder mesmo se você não fornecê-lo.*

Martha Coakley
Attorney General

The Commonwealth of Massachusetts
Office of the Attorney General

Fair Labor Division
One Ashburton Place, Room 1813
Boston, Massachusetts 02108

(617) 727-2200
(617) 727-3465 Helpline
WWW.MASS.GOV/AGO

FORMULÁRIO DE QUEIXA TRABALHISTA-PÁGINA 2

Nome do empregado:_____

Você fala Inglês? **Sim____ Não____** Em que língua prefere que lhe contatamos?_____

Tipo de trabalho que você fazia? _____

Nome da Companhia_____

Ainda está trabalhando com esta companhia? **Sim____ Não_____**

Razão que terminou o seu emprego (Se for o caso): Saiu___ Demitido___

Você assinou algum contrato com seu patrão? **Sim____ Não_____**

Você tem um advogado representando você neste caso? **Sim____ Não_____**

Você recebeu apoio de alguma organização comunitária ou sindicato para preencher este formulário? **Sim___ Não___**

Se o recebeu, favor de fornecer os dados do advogado, organização ou sindicato (nome da pessoa de contato, endereço e número de telefone):. _____

_____

Você reclamou o salário que se lhe deve? **Sim___ Não___**

Se o reclamou, qual foi a resposta do patrão?_____

Você tomou qualquer outra ação contra o seu patrão neste caso? **Sim___ Não___**

Se tomou, favor explicar. _____

Um patrão não tem direito de ameaçar, discriminar, or retaliar contra você por seus esforços de cobrar seu salário. Se isso lhe aconteceu, favor explicar. _____

_____

_____

_____

_____

Martha Coakley
Attorney General

The Commonwealth of Massachusetts
Office of the Attorney General

Fair Labor Division
One Ashburton Place, Room 1813
Boston, Massachusetts 02108

(617) 727-2200
(617) 727-3465 Helpline
WWW.MASS.GOV/AGO

FORMULÁRIO DE QUEIXA TRABALHISTA-PÁGINA 3

INFORMAÇÃO DO EMPREGADOR. Favor fornecer o máximo de informação possível.

Nome da empresa _____

Outros nomes usados pela empresa /partrão_____

Endereço da empresa_____ Cidade _____ Estado _____ Zip(CEP) _____

Nome do Dono ou Presidente_____ Número(s) da Placa_____

Endereço da casa_____ Cidade _____ Estado _____ Zip(CEP) _____

Telefone (escritório, lugar de trabalho, celular, e/ou casa) _____

Total de empregados na companhia (se souber)_____ Nome(s) do gerente / supervisor local _____

Cidade na qual o trabalho foi feito_____

MOTIVO DA QUIEXA. Favor indicar todos que se aplicam e forneçer detalhes abaixo. Se você não está seguro qual categoria lhe aplica, simplesmente descreva sua situação abaixo.

- ☐ Violação do Salário Mínimo
- ☐ Não pagamento de salário
- ☐ Violação da Politica de Férias*
- ☐ Outro / Não tem certeza
- ☐ Violação do tempo de descanso
- ☐ Violação de Pago de Hora Extra
- ☐ Hora Extra Dominical e salário de Férias
- ☐ Emprego de Menores
- ☐ Falta de Pagar Comissões
- ☐ Falta de fornecer Arquivo de empregado

* *Anexar uma cópia da politica de Férias da companhia se for posivel*.

Quais são as datas da violação: de _____ até _____.
(mês / dia / ano) *(mês / dia / ano)*

Tarifa de salário mais recente? $_____ por **hora** ou **semana** *(circule um)* Total da quantia a receber? $_____

Favor fornecer informação **detalhada** sobre o que lhe aconteceu e o que se lhe deve._____

_____

_____

_____

_____

CERTIFICAÇÃO:

COM ESTA ASSINATURA, EU CERTIFICO QUE ESTA DECLARAÇÃO É VERÍDICA DENTRO DO MELHOR DO MEU CONHECIMENTO.

Assinatura	*Nome em letra de forma*	*Data*