Iowa Department of
Inspections, Appeals & Licensing
321 E 12th Street
Des Moines, IA 50319
Phone: 515-631-8901
Fax: 515-242-6507

Reclamación de salarios

Parte 1 – Información del reclamante

Nombre de pila:	**Apellido:**	**Fecha de nacimiento:**
Número de seguro social:	**Número de teléfono:**	**dirección de correo electrónico:**
Dirección de la casa:		
Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:**

Parte 2 – Información del Empleador

Nombre del negocio:		
¿Se realizó el trabajo en Iowa? Yes ☐ No ☐	**¿Está usted cubierto por un contrato sindical? Yes ☐ No ☐**	**¿Has contratado a un abogado? Yes ☐ No☐**

Parte 3 – Motivo de la remisión

Explique el motivo de la presentación de su reclamación:	**Cantidad de reclamación solicitada: $**

Al firmar a continuación, certifico que la información en este formulario y los archivos adjuntos (si los hay) son verdaderos y precisos a mi leal saber y entender.

Cedo en fideicomiso este reclamo y todas las multas acumuladas por la falta de pago, y los gravámenes que los aseguran, al Director o Designado del Departamento de Inspecciones, Apelaciones y Licencias de Iowa (DIAL). Esta cesión entrará en vigencia cuando el director de DIAL o su designado determinen que tengo un reclamo exigible. Autorizo al Director de DIAL a la persona designada a resolver este reclamo. Autorizo al Director de DIAL o su Designado a recibir el pago por este reclamo, y autorizo que dicho pago me sea enviado por correo a menos que haya hecho un arreglo diferente con el Director de DIAL o su Designado.

Entiendo que debo cooperar según lo requiera el Director de DIAL o su Designado, y es mi responsabilidad proporcionar suficiente información para demostrar la reclamación adeudada. Entiendo que no hay garantía de que el Director de DIAL o su Designado acepten mi reclamo y lo cobren.

_____ _____

Firma **Fecha**