

Protesta de Salario

Envíe por **fax** al 602-532-5564 o por **correo electrónico** a uitaxwage.protest@azdes.gov

Su Nombre (Apellido, nombre, S.I.) _____

Nombre bajo el cual trabajó (si es diferente) _____

Últimos 4 Dígitos de su Núm. de Seg. Soc. _____

Mis salarios están ausentes o son incorrectos del empleador que se menciona a continuación

Nota: Debe enviar una Protesta de Salario por separado si le faltan salarios o si los salarios son incorrectos de más de un (1) empleador. Deberá presentar comprobantes de pago para cada Protesta de Salario (por ejemplo, talones de pago, formularios W-2, 1099, etc.).

Nombre de la Empresa _____

¿Trabajó para el empleador mencionado anteriormente? Sí No

Si respondió "No", continúe con la siguiente sección.

Si respondió "Sí": ¿Qué tipo de trabajo realizó para este empleador? _____

Nombre del supervisor inmediato _____

Ubicación física del trabajo _____

¿Trabajó de forma remota para este empleador? Sí No

Nota: El trabajo remoto se refiere a cuando trabajó en Arizona, pero su empleador está ubicado en otro estado.

¿A qué número llama si tiene que reportar que está enfermo(a) y no puede trabajar? _____

¿Su empleador dedujo impuestos de su cheque? Sí No

¿Su empleador lo consideró como trabajador autónomo? Sí No

¿Cuál fue el primer día que trabajó para este empleador? _____

¿Cuál fue el último día que trabajó para este empleador? _____

Dirección del empleador (*Número, Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono del empleador _____

Información adicional _____

El(los) salarios del(los) empleador(es) mencionado(s) a continuación no son míos:

Nota: Si no trabajó para uno o más de los empleadores mencionados en su Determinación Monetaria, deberá proporcionar una copia de una identificación con foto emitida por el gobierno y su tarjeta de seguro social.

Nombre del empleador (*como aparece en su Determinación Monetaria*) _____

Nombre del empleador _____

Nombre del empleador _____

Nombre del empleador _____

Por favor, permita 21 días para que se realicen estos cambios. Si se agregan o eliminan salarios, se le emitirá una Redeterminación Monetaria.

This Section For Department Use Only <i>(Esta sección es solo para uso del Departamento)</i>			
Employer Number <hr/>	Wages already processed New Coverage Late Reporting		
<p>No Wages/No Additional Wages Because:</p> <p>No proof/not verifiable</p> <p>Correct/reported when paid</p> <p>Correct as reported</p> <p>ER not liable or other <i>(specify):</i> _____</p> <p>Employment Not Covered – Claimant was:</p> <p>Self-employed/independent contractor</p> <p>In excluded employment</p> <p>Claimant Was An Employee</p> <p>Determination – UC-016-A: Sent Will be sent Not sent</p>	Quarterly Total Wages		
	Qtr.	Yr.	Amount

Other/Comments

Examiner's Name _____ Date _____