



Formulario de solicitud de redeterminación monetaria

Número de Seguro Social:

Nombre del reclamante: (Apellidos) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Número de teléfono del reclamante:

Período base:

Fecha de presentación de su reclamo:

Sección A.

Le faltan salarios/no le pagaron, aunque su historial laboral muestre que estuvo empleado durante el periodo base.

Hay duplicación de salarios en el mismo trimestre.

Otros (Especifique): _____

Sección B. Detalles del empleador

Nombre de la compañía:

Número de teléfono:

Número de cuenta:

Dirección de la compañía (Si es diferente a la del lugar de trabajo)
(Dirección)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Trabajé para el empleador mencionado: hasta como
(Fecha) (Fecha) (Posición)

La dirección donde trabajé fue:
(Dirección)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Nombre del supervisor:

Número de teléfono del supervisor:

_____ Trimestre ____	_____ Trimestre ____	_____ Trimestre ____	_____ Trimestre ____
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

____ (Firma del reclamante) (Fecha) (Firma del representante de DOES) (Fecha)



Formulario de solicitud de redeterminación monetaria

Observaciones del entrevistador: Incluya cualquier evidencia o información que pueda ser útil para un investigador, como otros números de seguridad social o nombres utilizados, formularios W-2 o recibos de sueldo para corroborar los salarios que se reclaman.

SECCIÓN C. Resultados de la Unidad de Determinación de Investigación.

Observaciones:

(Firma)

(Fecha)

SECCIÓN D. Salarios obtenidos por la Unidad de Cumplimiento Tributario (si no se obtuvieron los salarios, explique por qué en la sección de comentarios a continuación)

___ Trimestre __ _	___ Trimestre __ _	___ Trimestre __ _	___ Trimestre __ _
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Comentarios:

(Firma del representante de DOES)

(Fecha)