

Utilice este formulario para hacer correcciones al reclamo semanal de un empleado.

Cuando un empleado que participa en SharedWork certifica su elegibilidad para beneficios, hacemos pagos de acuerdo con esa certificación. El representante del empleador es responsable de verificar la información en los informes de pagos de SharedWork y de reportar por escrito cualquier discrepancia. (Consulte WAC 192-250-025 (6))

 Revise los informes de pagos de SharedWork y reporte *cualquier diferencia* de horas o ingresos brutos reportados anteriormente. Complete, firme y devuelva este formulario en un plazo de 10 días laborales, junto con cualquier documentación relacionada con los ingresos y las horas del empleado.

**Indique el número correcto de horas pagadas o ingresos brutos en la sección 2.**
**Si corresponde, incluya información sobre cualquier licencia SIN PAGO en la sección 3.**

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

 Número del ESD (*puede encontrar este número en su declaración de impuestos del ESD*): \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué semana de reclamo está en cuestión? *La semana que finaliza el (las semanas de reclamo corren de domingo hasta la medianoche del sábado)*: \_\_\_\_\_
2. **DIFERENCIA** entre lo que su empleado reportó y lo que indican sus registros de nómina; indique abajo el número correcto de horas e ingresos:

Trabajadas	Pago por enfermedad	Pago de días de fiesta	Pago por vacaciones	
Horas:	Horas:	Horas:	Horas:	Total de HORAS PAGADAS esta semana:
Ingresos:	Ingresos:	Ingresos:	Ingresos:	Total de INGRESOS BRUTOS esta semana:

3. **LICENCIA SIN PAGO:** Si su empleado no estaba disponible para todo el trabajo ofrecido, ¿qué días y horas no recibió pago? Esta sección solo se debe llenar si el empleado tuvo horas de licencia sin pago.

Total de horas de licencia sin pago para cada día							
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Total de horas de licencia sin pago esta semana:

Motivo de la licencia sin pago esta semana: \_\_\_\_\_

**Envíe por fax, con las firmas del empleado y también del representante del empleador al 800-301-1796.**
**Se devolverán los formularios incompletos.**
**EMPLEADO PARTICIPANTE DE SHAREDWORK:** Es posible que le hayan pagado en exceso la semana que se menciona arriba, si usted reportó horas trabajadas e ingresos menores de lo que reportó su empleador, o si usted no estaba disponible para todo el trabajo que se le haya ofrecido. Tiene derecho a una entrevista si no está de acuerdo con lo que su empleador reportó. Si desea una entrevista, marque la casilla abajo "No estoy de acuerdo" y un especialista de SharedWork lo llamará.

 Estoy de acuerdo con la información que mi empleador reportó. Entiendo que si me pagaron en exceso, soy responsable del reembolso.

 No estoy de acuerdo con la información que reportó mi empleador y solicito una entrevista.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR:** La información que proporcioné es correcta a mi mejor saber y entender.

Firma: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_