

Office Use Only:	
LS ID	_____
LCM	_____
PV	Priority _____
Taken by	_____
Date	____ / ____ / ____

Formulário de Queixa sobre Padrões Trabalhistas

Use este formulário para fazer queixas sobre salários não pagos, deduções ilegais, complementações salariais, salário mínimo, horas extras, ausência de horário de refeição, etc.

Nota: Este formulário de queixa está disponível em outros idiomas além do inglês. Qualquer pessoa trabalhando no Estado de New York pode fazer uma queixa para a Secretaria do Trabalho do Estado de New York. Certifique-se de ler as Informações de Como Registrar uma Queixa (LS223.2) antes de preencher este formulário.

Responda a todas as perguntas em cada parte relacionada à sua queixa. O fornecimento de informações completas nos ajuda a analisar sua queixa e aceitá-la para investigação. Entregue seu formulário preenchido no endereço acima.

Nós o contataremos caso não haja informações suficientes para prosseguir ou se sua queixa parecer inválida. Se tiver dúvidas sobre como preencher este formulário, telefone para (888) 469-7365.

Não podemos aceitar as seguintes queixas sobre salários ou complementos:

- Por trabalhos realizados fora do Estado de New York.
- De qualquer pessoa empregada em capacidade administrativa, executiva ou profissional com remuneração maior que US\$ 1,300 brutos por semana (excluídos da cobertura sob as Seções 190[7] e 198-c[3]).
- De indivíduos empregados por uma entidade pública como um município, distrito ou cidade.
- De indivíduos autônomos.
- Por trabalhos realizados em um projeto de obra pública (use o formulário PW-4).

Parte 1. Pessoa que registra a queixa (informações do empregado/queixoso)

1. Nome: (primeiro) _____ (do meio) _____ (último sobrenome) _____
2. Outro nome pelo qual é conhecido(a) no trabalho: _____
3. Endereço para correspondência: _____ Nº do apto. _____
Cidade/município: _____ Distrito: _____ Estado: _____ Código postal: _____
4. Telefone: (____) ____ - ____ 5. Outro telefone: (____) ____ - ____
6. E-mail: _____ 7. Seu idioma primário/preferencial: _____

Parte 2. Contra quem a queixa se dirige (informações da empresa/proprietário da empresa)

- 8a. Nome da empresa: _____
- 8b. Razão social (se diferente): _____
- 8c. Tipo de entidade legal: Indivíduo LLC Sociedade Sociedade Anônima Outro: _____
- 8d. Endereço para correspondência: _____ Nº do andar/sala/conjunto: _____
Cidade/município: _____ Distrito: _____ Estado: _____ Código postal: _____

8e. Telefone comercial: (____) ____ - ____ 8f. E-mail: _____

9a. Nome(s) do(s) proprietário(s) e título(s): _____

9b. Endereço para correspondência: _____ Nº do apto. _____ Cidade/município: _____
Distrito: _____ Estado: _____ Código postal: _____

9c. Telefone do proprietário: (____) ____ - ____ 9d. E-mail: _____

10. Tipo de empresa: restaurante loja de varejo assistência doméstica construção escritório
outro: _____

11. Horário de funcionamento: _____ 12. Nº total de funcionários: _____

13a. A empresa continua em funcionamento? Sim Não 13b. Se a resposta for “não”, quando foi que a empresa fechou? _____

14. Nome e localização do banco do empregador (anexar cópia ou canhoto do cheque): _____

15. O empregador pediu falência? Sim Não Não sei

Parte 3. Pessoa que registra a queixa (informações do emprego)

16. Seu título: _____

17. Tipo de trabalho que você realizou: _____

18. Data da contratação: ____ / ____ / ____ 19. Nome e título da pessoa que contratou você: _____

20. Nome(s) de seu gerente/supervisor/encarregado: _____

21. Nome da pessoa que pagou seus salários: _____

22. Endereço do local de trabalho: _____ Nº do andar/sala/conjunto: _____
Cidade/município: _____ Distrito: _____ Estado: _____ Código postal: _____

23. Você viajava regularmente a trabalho para fora do estado de New York? Sim Não

24. Sua relação com a empresa:

Continuo empregado Demitido Pedi demissão Demitido temporariamente

25a. Último dia trabalhado: ____ / ____ / ____ 25b. Motivo da saída: _____

26a. Você era membro de algum sindicato? Sim Não 26b. Se a resposta for “sim”, nome do sindicato e nº local: _____

27a. Sua taxa de remuneração: US\$ _____ por Dia Semana Hora Outro: _____

27b. Sua taxa de remuneração por hora extra: US\$ _____

28a. Você ganhava gorjetas regularmente? Sim Não

28b. Se a resposta for “sim”, quanto por hora, em média? _____

28c. Seu empregador guardava suas gorjetas e as dos outros empregados?
Não Sim – as suas Sim – as dos outros

28d. Se a resposta for “sim”, quanto? Explique: _____

29a. Qual era o seu dia de pagamento? Seg Ter Qua Qui Sex Sáb Dom

29b. Que período era abrangido? (ex. de sábado a sexta-feira) _____

30. Com que frequência você recebia seu pagamento? Diária Semanal Quinzenal Outra: _____

31. Como você recebia seus salários? Dinheiro Cheque Depósito em conta
Cartão de pagamento Combinação: (explique - ex. parte em dinheiro e parte em cheque)

32a. Você precisava usar um uniforme? Sim Não

32b. Se a resposta for “sim”, descreva o uniforme: _____

32c. Os uniformes eram gratuitos? Sim Não 32d. Se a resposta for “não”, como os uniformes eram adquiridos e quanto eles custavam? _____

Parte 4. Queixa sobre salários não pagos

Preencha esta seção se houver salários devidos a você (consulte a Parte 7 se estiverem lhe devendo horas extras). Use uma linha para cada semana. Salários brutos significam o valor ganho antes da aplicação de impostos ou outras deduções. Anexe uma ou mais folhas separadas para semanas adicionais, ou para fornecer mais informações.

A. Data de encerramento da semana na folha de pagamento	B. Número de dias trabalhados na semana	C. Horas trabalhadas na semana	D. Remuneração (ganha ou prometida)	E. Deduções ilegais de salários (ex. multas, perdas na produção, etc.)	F. Salários brutos devidos pela semana	G. Salários brutos pagos (se o empregador pagou alguns dos salários devidos, escreva aqui o valor)	H. Diferença entre salários brutos devidos e salários brutos pagos
Ex. 4/4/2017	7	35	US\$ 16,00 por hora		US\$ 560 (CxD)	US\$ 0	US\$ 560 (F-G)
I. Total							

33a. Se seu contracheque não foi honrado pelo banco, forneça o número do cheque e a data de encerramento da semana na folha de pagamento. Se disponível, forneça uma cópia do cheque:

33b. Período abrangido pela queixa: Que período é abrangido pela queixa salarial?

Data de ____ / ____ / ____ até ____ / ____ / ____

Parte 5. Licença médica remunerada não paga

Preencha esta seção para uma Licença Médica Paga que lhe é devida. A Seção 196-b da lei Laboral do Estado de New York requer que os empregadores com cinco ou mais funcionários ou receita líquida maior que US\$ 1 milhão forneçam licença médica remunerada a seus funcionários. Em 30 de setembro de 2020, os empregados cobertos no Estado de New York começaram a acumular licenças a uma taxa de uma hora para cada 30 horas trabalhadas. Em 1º de janeiro de 2021, os funcionários puderam começar a usar as licenças acumuladas.

A. Período de acumulação da licença médica remunerada	B. Quantidade de licença médica remunerada acumulada	C. Data(s) em que a licença médica remunerada foi usada	D. Quantidade de tempo de benefício devido	E. Taxa regular de remuneração	F. Valor do pagamento do benefício devido
Ex. 30/9/20-8/1/21	16,5 horas	11/1/21	8 horas	US\$ 20/hora	US\$ 160
G. Total					

Parte 6. Queixa sobre complemento salarial não pago

Preencha esta seção para complementos salariais que lhe são devidos. Complementos salariais são pagamentos de benefícios extras prometidos pelo empregador, como: férias remuneradas, despesas, pagamento por feriados, etc.

34. Explique os benefícios prometidos ou anexe uma cópia escrita da política/manual:

A. Tipo de benefício devido	B. Período de ganho do benefício	C. Data do vencimento do pagamento do benefício	D. Quantidade de tempo de benefício devido	E. Valor do pagamento do benefício devido	F. Benefício prometido por:
Ex. Férias remuneradas	1/1/16–31/12/16	1/1/17	1 semana	US\$ 700	☒ política escrita ☐ promessa verbal
					política escrita promessa verbal
					política escrita promessa verbal
					política escrita promessa verbal
G. Total					

Parte 7. Queixa sobre salário mínimo ou horas extras não pagos

Preencha esta seção se tiver recebido pagamento abaixo do Salário Mínimo Horário Estadual e/ou se não tiver recebido pagamento de horas extras, ou se lhe for devido pagamento por horas extras por trabalhar 2 turnos em um dia, ou por trabalhar mais de 10 horas em um dia. A maioria dos empregados deve receber pelo menos o salário mínimo e uma vez e $\frac{1}{2}$ se tiverem trabalhado mais de 40 horas semanais.

- 35a. Você recebe o pagamento do salário mínimo por cada hora trabalhada? Sim Não
- 35b. Você recebe o pagamento de uma vez e $\frac{1}{2}$ pelas horas trabalhadas além das 40? Sim Não
- 35c. Você recebe o pagamento algum salário pelas horas trabalhadas além das 40? Sim Não
- 35d. Se a resposta for “sim”, quanto por hora? _____
- 35e. Você recebe pagamento de horas extras por trabalhar 2 turnos em um dia ou mais de 10 horas em um dia? Sim Não
- 35f. Se a resposta for “não” para qualquer uma das perguntas acima, explique e preencha o cronograma de sua semana de trabalho abaixo:

A. Dia de trabalho	B. Horário de início do dia de trabalho	C. Horário de término do dia de trabalho	D. Tempo reservado para refeições	E. Horas totais
Exemplo	10:00	23:00	30 min	12,5 horas
Domingo	:	:		
Segunda-feira	:	:		
Terça-feira	:	:		
Quarta-feira	:	:		
Quinta-feira	:	:		
Sexta-feira	:	:		
Sábado	:	:		
F. Total semanal				

- 36a. As horas trabalhadas listadas acima são as mesmas todas as semanas? Sim Não
- 36b. Se a resposta for “não”, forneça sua estimativa do número médio de horas trabalhadas por semana:

- 36c. Estão lhe devendo algum pagamento por visitas ou manutenção de uniforme? Sim Não
Se a resposta for sim, explique e forneça as datas: _____
- 36d. Período abrangido pela queixa: Que período de tempo é abrangido em sua queixa por salário mínimo ou horas extras?
Data de ____ / ____ / ____ até ____ / ____ / ____

36e. Forneça informações sobre sua remuneração regular e por horas extras durante o período abrangido pela queixa acima:

Data de ____ / ____ / ____

até ____ / ____ / ____

Regular: US\$ _____ por _____

Horas extras: US\$ _____ por _____

Data de ____ / ____ / ____

até ____ / ____ / ____

Regular: US\$ _____ por _____

Horas extras: US\$ _____ por _____

Data de ____ / ____ / ____

até ____ / ____ / ____

Regular: US\$ _____ por _____

Horas extras: US\$ _____ por _____

Parte 8. Queixa não relacionada a salário

Marque as opções aplicáveis se quiser fazer uma queixa não relacionada a salário. Marque todas as opções aplicáveis. Explique e forneça uma folha adicional, se necessário.

O empregador falhou em:

37a. Fornecer um período de refeição de 30 minutos _____

Você recebeu pagamento pelo tempo trabalhado quando o empregador falhou no fornecimento do período de refeição? Sim Não

37b. Fornecer uma declaração de pagamento (recibo de pagamento) _____

37c. Fornecer um dia de descanso _____

37d. Fornecer um aviso de taxa de remuneração com todas as informações requeridas _____

37e. Fornecer reserva para Licença médica requerida pelo Estado de New York _____

37f. Publicar avisos requeridos/cartaz sobre salário mínimo _____

37g. Seguir regras para emprego do trabalho de menores (menos de 18 anos) _____

37h. Outro _____

Parte 9. Histórico da queixa

38a. Você solicitou seus salários? Sim Não

38b. Se a resposta for sim, explique. A quem e quando você solicitou, e o que aconteceu?

38c. Você já tomou alguma medida, como fazer queixa no tribunal de pequenas causas ou abrir um processo, para recuperar seus salários? Sim Não

38d. Se a resposta for “sim”, explique: _____

Parte 10. Assistência a queixas

40a. Você tem um representante (como um advogado privado, uma firma de advocacia)? Sim Não

40b. Se a resposta for “sim”, forneça o nome da pessoa ou firma: _____

40c. Este representante o auxiliou no registro desta queixa? Sim Não

40d. Você pagou, ou pretende pagar, por este representante? Sim Não

40e. Você gostaria que nós falássemos com este representante sobre sua queixa? Sim Não

Se a resposta for sim, os representantes deverão enviar uma Carta de Representação (LS 11).

40f. Alguém que não o representante o ajudou a preencher este formulário? Sim Não

40g. Se a resposta for “sim”, quem o ajudou, e por quê? _____

Comentários adicionais/informações úteis:

Ao enviar esta queixa, você reconhece e entende que a Secretaria do Trabalho do Estado de Nova York vai, a critério da autoridade do Comissário do Trabalho, avaliar sua queixa para investigação, determinar o escopo da investigação das queixas aceitas e resolverá as queixas o mais rápido possível. As disposições das queixas e a resolução das violações serão determinadas pelo Comissário do Trabalho.

Declaro que as informações acima são verdadeiras, salvo melhor juízo, e estou ciente da existência de penalidades por fazer falsas declarações. Autorizo o Comissário do Trabalho e seus adjuntos ou agentes a receber, endossar meu nome e depositar na conta do Comissário do Trabalho quaisquer cheques ou ordens de pagamento feitos para mim como pagamento associado a esta queixa. Notificarei a Secretaria do Trabalho do Estado de Nova York caso haja alguma alteração em minhas informações de contato.

_____/_____/_____
Assinatura do queixoso Data

Entregue seu formulário preenchido no endereço constante na Página 1.