NEW YORK STATE | Department of Labor
WORKING FOR YOU

뉴욕주 노동법 195.1항에 따른 급여율 및 급여일에 대한 통지 및 승인 임시 지원 업체 직원 대상 통지

1. 임시 지원 업체 정보

이름:

사업자(DBA) 이름:

연방 고용주 식별 번호(선택 사항):

__ __ - __ __ __ __ __ __ __

실제 주소:

우편 주소:

전화번호:

(_____) _____ - _______

2. 제공된 통지서:

☐ 채용 시

☐ 급여율, 청구된 수당 또는 급여일 변경 전

3. 급여일(하나만 선택):

☐ 정기 급여일

☐ 알 수 없음: 급여일은 할당된 조직의 급여일을 기준으로 합니다.

4. 급여율(하나만 선택):

☐ 할당 업무의 평균 임금률 범위:

____

☐ 직원 급여율:

$________________ / __________

$________________ / __________

$________________ / __________

5. 수령 수당:

☐ 없음

☐ 팁: 시간당: ___________________

☐ 식사: 식사당: _________________

☐ 숙박: ________________________

☐ 기타: ________________________

6. 급여:

☐ 매주

☐ 격주

☐ 기타: ________________________

7. 초과 근무 수당: $ ___________ /시간

뉴욕주 대부분의 노동자에게 이 요율은 주당 40시간(특정 거주 직원의 경우 44시간)을 초과하여 근무한 모든 시간에 대해 반드시 정규 급여율의 1.5배 이상이어야 합니다. 임시 지원 업체는 일주일 동안 모든 할당 업무에서 근무한 모든 시간을 계산해야 합니다. 일부 업무에는 최저임금의 1.5배에 해당하는 초과 근무 수당만 지급하면 됩니다. 할당 업무를 받으면 고용주는 초과 근무 요율 및 해당 업무에 대해 초과 근무를 할 수 없는 경우 그 이유를 알려줄 것입니다.

8. 직원 승인:

이날 본인은 급여율, 초과 근무 수당(해당되는 경우), 수당 및 지정된 급여일에 대한 통지를 받았습니다. 본인은 고용주에게 본인의 주 사용 언어를 알렸습니다.

본인의 주 사용 언어:

____

본인은 이 급여 통지서를 본인의 주 사용 언어로 받았습니다.

____

직원 이름(정자체)

____

지원자/직원 서명

____ / ____ / _____

날짜

____

작성자 이름 및 직책

직원은 반드시 이 양식에 서명한 사본을 받아야 합니다. 고용주는 원본을 6년 동안 보관해야 합니다.

참고: 동등한 노동에 대해 이성인 직원보다 적은 임금을 지급하는 것은 불법입니다. 또한 고용주는 직원이 동료와 임금에 대해 논의하는 것을 금지할 수 없습니다.