

급여율 및 급여일 통지문 및 확인서
 뉴욕주 노동법 섹션195.1에 의거
 주급 또는 월급을 지급한 직원에 대한 통지고정 시간(주 40시간 이하)

1. 고용주 정보

이름:

상호명(DBA):

연방 사업자 번호(FEIN)(선택사항):

_____ - _____

실제 주소:

우편 주소:

전화:

(____) _____ - _____

2. 통지 시점:

고용 시

급여율을 변경하기 전에 임금 지급일
 변경 전

3. 직원의 급여율:

\$ _____ / _____

주당 시간: _____ (주급 또는 월급 지급
 기준 근무 시간을 명시하십시오.)

고용주는 위탁 판매원을 제외하고
 호스피탈리티 업종의 비직원에게 비 시간당
 급여를 지급할 수 없습니다.

4. 수령 수당:

없음

팁: _____ 시간 당

식사: _____ 한 끼당

숙박: _____

기타: _____

5. 정기 급여일: _____

6. 급여 지급:

주 단위

격주 단위

기타: _____

7. 초과근무수당:

\$ _____ 시간당(이 수당은 거의 예외없이
 근로자의 정규 급여의1.5배 이상이어야
 합니다.)

8. 직원 확인란:

본 일자에 본인은 본인의 급여율, 초과시간
 요율(해당되는 경우), 수당 및 지정된 임금
 지급일에 대한 통지를 받았습니다. 본인은
 고용주에게 본인의 기본 언어가 무엇인지
 알렸습니다.

본인의 모국어는

_____이며,

본인의 모국어로 된 본 급여 고지를
 받았습니다.

직원 서명

____ / ____ / ____

날짜

작성자 이름 및 직책

직원은 이 양식의 서명된 사본을 받아야합니다.
 고용주는 원본을 6년간 보관해야 합니다.

참고사항: 동일한 업무에 대해 이성 직원보다
 임금을 덜 지급하는 것은 불법입니다. 고용주는
 또한 직원들이 동료와 그들의 임금에 대해
 논의하는 것을 금지할 수 없습니다.