

**Γνωστοποίηση και βεβαίωση ποσού αμοιβής και ημέρας πληρωμής
Σύμφωνα με την Ενότητα 195.1 του Εργατικού Δικαίου της Πολιτείας της Νέας Υόρκης
Γνωστοποίηση για εργασίες επικρατουσών αμοιβών και άλλες εργασίες**

1. Στοιχεία εργοδότη

Επωνυμία:

Με επιχειρηματικές δραστηριότητες (DBA) υπό
την/τις επωνυμία/-ες:

FEIN (προαιρετικά):

_____ - _____

Φυσική διεύθυνση:

Ταχυδρομική διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

(____) _____ - _____

2. Η γνωστοποίηση επιδόθηκε:

Κατά την πρόσληψη

Πριν από μια αλλαγή στην αμοιβή, στα
ζητούμενα επιδόματα ή στην ημέρα
πληρωμής

3. Τακτή ημέρα πληρωμής: _____

**4. Αμοιβή(-ές) σε εργασίες Επικρατουσών
Αμοιβών:**

Βλ. επόμενη σελίδα

5. Επάγγελμα: _____

**6. Αμοιβή για υπερωρίες σε Εργασίες
Επικρατουσών Αμοιβών:**

Οι υπερωρίες που καταβάλλονται μετά τις 8
ώρες εργασίας την ημέρα και τις 5 ημέρες την
εβδομάδα, ή όπως σημειώνεται στο ισχύον
πρόγραμμα επικρατουσών αμοιβών. Βλ.
επόμενη σελίδα για αμοιβή Οι αμοιβές για
υπερωρίες είναι αυτές που αναρτώνται για το
συγκεκριμένο επάγγελμα.

**7. Αμοιβή για υπερωρίες σε Εργασίες Μη
Επικρατουσών Αμοιβών:**

\$ _____ ανά ώρα

**8. Υπερωρίες σε Εργασίες Μη Επικρατουσών
Αμοιβών Αμοιβή:**

\$ _____ ανά ώρα

**9. Υπερωρίες για Εργασίες Επικρατουσών
Αμοιβών και Μη Επικρατουσών Αμοιβών την
ίδια εβδομάδα:**

Βλ. επόμενη σελίδα

**10. Επιδόματα που ελήφθησαν σε εργασίες μη
επικρατουσών αμοιβών:**

Κανένα

Για φιλοδωρήματα: _____ ανά ώρα

Για γεύματα: _____ ανά γεύμα

Για στέγαση: _____

Άλλο: _____

11. Η πληρωμή πραγματοποιείται:

Κάθε εβδομάδα

Δύο φορές την εβδομάδα

Άλλο: _____

12. Βεβαίωση εργαζομένου:

Την ημερομηνία που παρατίθεται παρακάτω
ενημερώθηκα για την αμοιβή, την αμοιβή για
υπερωρίες (εφόσον τις δικαιούμαι), τα επιδόματα
και την καθορισμένη ημέρα πληρωμής των
αμοιβών μου. Ενημέρωσα τον εργοδότη μου
ποια είναι η κύρια γλώσσα μου.

Η κύρια γλώσσα μου είναι

_____,
και έλαβα τη συγκεκριμένη γνωστοποίηση για
την αμοιβή μου στη κύρια γλώσσα μου

Όνομα εργαζομένου με κεφαλαία

Υπογραφή εργαζομένου

____ / ____ / ____

Ημερομηνία

Όνομα και τίτλος συντάκτη

**Ο εργαζόμενος πρέπει να λάβει ένα
υπογεγραμμένο αντίγραφο του παρόντος
εντύπου. Ο εργοδότης θα πρέπει να διατηρεί το
πρωτότυπο για 6 χρόνια.**

Σημείωση: Είναι παράνομο να καταβάλλεται σε έναν
εργαζόμενο που υπάγεται σε προστατευόμενη
κατηγορία μικρότερη αμοιβή από την αντίστοιχη ενός
εργαζομένου που δεν υπάγεται σε προστατευόμενη
κατηγορία, εφόσον παρέχουν ουσιαστικά ισοδύναμη
εργασία. Επίσης, οι εργοδότες δεν έχουν το δικαίωμα
να απαγορεύσουν στους εργαζόμενους να συζητούν
για τις αμοιβές τους με τους συναδέλφους τους.

Γνωστοποίηση εργαζομένου σχετικά με Επικρατούσες Αμοιβές και Συμπληρωματικές Πληροφορίες

Μισθός & συμπληρώματα που θα πρέπει να παρέχει και να καταβάλλει ο εργοδότης σύμφωνα με τη νομοθεσία

| | Μισθός ανά ώρα | Συμπλήρωμα μισθού ανά ώρα | Συνολική αμοιβή (μισθός συν συμπλήρωμα) ανά ώρα |
|-----------------|----------------|---------------------------|---|
| Κανονικό ωράριο | | | |
| Υπερωρίες | | | |

Ανάλυση καταβαλλόμενου συμπληρώματος μισθού

| | Ωρομίσθιο | Είδος συμπληρώματος | Όνομα & διεύθυνση παρόχου | Συμφωνία/πληροφορίες πλάνου |
|------------------|-----------|---------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Συμπλήρωμα Αρ. 1 | \$ _____ | | | |
| Συμπλήρωμα Αρ. 2 | \$ _____ | | | |
| Συμπλήρωμα Αρ. 3 | \$ _____ | | | |
| Συμπλήρωμα Αρ. 4 | \$ _____ | | | |

*Εάν τα συμπληρώματα μισθού καταβάλλονται ως μία ενιαία πληρωμή που οφείλεται σε πολλαπλά πλάνα πολλών εργοδοτών Taft-Hartley, αναφέρετε μόνο τα παρακάτω: (1) το συνολικό ποσό που καταβλήθηκε για το συμπλήρωμα ή το πακέτο επιδομάτων, (2) τα είδη επιδομάτων που περιλαμβάνονται στο πακέτο, π.χ., σύνταξη, υγεία και πρόνοια, ή άλλο, (3) το όνομα και τη διεύθυνση του φορέα στον οποίο αποστέλλεται η πληρωμή, και (4) τη σχετικά ΣΣΕ ή επιστολή συγκατάθεσης στη συμφωνία.

Εάν θεωρείτε ότι δεν έχετε λάβει τους σωστούς μισθούς ή επιδόματα, καλέστε το πλησιέστερο γραφείο του Υπουργείου Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης.

| | | | | | | | |
|------------|----------------|---------------|----------------|-----------|----------------|--------------|----------------|
| Albany | (518) 457-2744 | Garden City | (516) 228-3915 | Patchogue | (631) 687-4882 | Utica | (315) 793-2314 |
| Binghamton | (607) 721-8005 | Newburgh | (845) 586-5287 | Rochester | (585) 258-4505 | White Plains | (914) 997-9507 |
| Buffalo | (716) 847-7159 | New York City | (212) 932-2419 | Syracuse | (315) 428-4056 | | |

Για κατασκευαστικά έργα κρατικών φορέων της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, επικοινωνήστε με το Γραφείο του Ελεγκτή της Πολιτείας της Νέας Υόρκης στο (212) 669-4443, ή στη διεύθυνση www.comptroller.nyc.gov - πατήστε στο Bureau of Labor Law.

New York State Department of Labor, Bureau of Public Work
1220 Washington Ave. Building 12, Room 130 Albany, New York 12226
Τηλέφωνο: (518) 457-5589 Φαξ: (518) 485-1870