

Γνωστοποίηση και βεβαίωση ποσού αμοιβής και ημέρας πληρωμής σύμφωνα με την Ενότητα 195.1 του Εργατικού Δικαίου της Πολιτείας της Νέας Υόρκης για μισθολογική ισοτιμία βοηθών κατ'οίκον φροντίδας και άλλων εργασιών

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

Σημείωση: Οι εσωτερικοί εργαζόμενοι πρέπει να
πληρώνονται τουλάχιστον 13 ώρες για κάθε 24-ωρη
περίοδο, υπό την προϋπόθεση ότι λαμβάνουν 8 ώρες
ύπνο, με πέντε ώρες μη ύπνου χωρίς διακοπή και 3 ώρες
διάλειμμα για γεύματα. Εάν ένας εργαζόμενος δεν λάβει 5
ώρες ύπνου χωρίς διακοπή, ο εργαζόμενος θα πρέπει να
πληρωθεί και για τις 8 ώρες. Εάν ένα εργαζόμενος δεν
λάβει περιόδους γευμάτων χωρίς καθήκοντα, ο
εργαζόμενος θα πρέπει να πληρωθεί και για τις 3 ώρες
που ορίζονται για τα γεύματα.

3. Αμοιβή(-ες) εργαζομένου για κάθε τύπο εργασίας ή βάρδιας:

\$ _____ ανά ώρα για _____

\$ _____ ανά ώρα για _____

\$ _____ ανά ώρα για _____

3α. Αμοιβές μισθολογικής ισοτιμίας:

\$ _____ ανά ώρα για κανονικές αποδοχές

\$ _____ ανά ώρα για πρόσθετες αποδοχές

\$ _____ ανά ώρα για συμπληρωματικές

αποδοχές*

4. Επιδόματα:

Κανένα

Φιλοδώρημα: _____ ανά ώρα

Για γεύματα: _____ ανά γεύμα

Για στέγαση: _____

Άλλο: _____

5. Τακτή ημέρα πληρωμής: _____

6. Η πληρωμή πραγματοποιείται:

Κάθε εβδομάδα

Δύο φορές την εβδομάδα

Άλλο: _____

7. Αμοιβή(-ες) για υπερωρίες για κάθε τύπο εργασίας ή βάρδιας:

Ενιαία αμοιβή: \$ _____ ανά ώρα

Το ποσό αυτό πρέπει να είναι τουλάχιστον 1½
φορές η κανονική αμοιβή του εργαζομένου με
λίγες εξαιρέσεις.

Αμοιβή μισθολογικής ισοτιμίας: \$ _____
ανά ώρα Το ποσό αυτό πρέπει να είναι τουλάχιστον
1½ φορές η κανονική αμοιβή του εργαζομένου με
λίγες εξαιρέσεις.

Πολλαπλές αμοιβές: \$ _____ ανά ώρα
Το ποσό αυτό πρέπει να είναι τουλάχιστον 1½
φορές ο σταθμισμένος μέσος όρος των πολλαπλών

αμοιβών του εργαζομένου για την εβδομάδα, με
λίγες εξαιρέσεις.

8. Βεβαίωση εργαζομένου:

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

Η κύρια γλώσσα μου είναι τα:

_____ και

έλαβα τη συγκεκριμένη γνωστοποίηση για την αμοιβή
μου στη κύρια γλώσσα μου.

Όνομα εργαζομένου με κεφαλαία

Υπογραφής εργαζόμενου

____ / ____ / ____

Ημερομηνία

Όνομα και τίτλος υπεύθυνου προετοιμασίας του εντύπου

**Ο εργαζόμενος πρέπει να λάβει ένα υπογεγραμμένο
αντίγραφο του παρόντος εντύπου. Ο εργοδότης πρέπει
να διατηρήσει το πρωτότυπο επί 6 έτη.**

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.

*Επισυνάψτε τη σελίδα 2 της συμπληρωματική ειδοποίησης
Μισθολογικής Ισοτιμίας.

LS 62 Γνωστοποίηση Μισθολογικής Ισοτιμίας σε Βοηθούς κατ'οίκον φροντίδας - (συνεχίζεται)
Τμήμα επιδόματος της κατώτατης αμοιβής της συνολικής αποζημίωσης βοηθών κατ'οίκον φροντίδας

	Ωρομίσθιο	Είδος συμπληρώματος	Όνομα & διεύθυνση παρόχου	Συμφωνία/πληροφορίες πλάνου
<i>Αριθμός συμπληρώματος</i>	\$ XXX	<i>(Σύνταξη, Πρόνοια, ή Άλλο)</i>	<i>Εισάγετε όνομα και διεύθυνση εταιρείας ή οργανισμού που παρέχει το επίδομα</i>	<i>Προσδιορίστε το πλάνο ή τη συμφωνία από όπου προκύπτει το επίδομα, π.χ. Τοπικό Σωματείο Αρ. 1 Συλλογική Σύμβαση Εργασίας ή Ασφαλιστική Εταιρεία Χ Πλάνο επιδομάτων</i>
Συμπλήρωμα Αριθμός 1	\$ _____			
Συμπλήρωμα Αριθμός 2	\$ _____			
Συμπλήρωμα Αριθμός 3	\$ _____			

*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.

Αναφέρετε τυχόν πρόσθετα επιδόματα και επισυνάψτε τη λίστα στο παρόν έγγραφο.

Αντίγραφα των παραπάνω αναφερόμενων συμφωνιών ή περιλήψεις τους μπορούν να αναζητηθούν από:

Βεβαίωση εργαζομένου:

Την ημερομηνία που παρατίθεται παρακάτω ενημερώθηκα για την αμοιβή, την αμοιβή για υπερωρίες, τα επιδόματα, τα συμπληρώματα/επιδόματα και την καθορισμένη ημέρα καταβολής της αμοιβής που παρέχεται συνημμένη σε αυτό το έντυπο (LS 62) και σε αυτό το παράρτημα.

Η κύρια γλώσσα μου είναι τα: _____ . Και έλαβα τη συγκεκριμένη γνωστοποίηση για την αμοιβή μου στη κύρια γλώσσα μου Ναι Όχι

Όνομα Εργαζόμενου (Κεφαλαία): _____

Υπογραφή εργαζομένου: _____ Ημερομηνία υπογραφής: ____ / ____ / ____

Όνομα και τίτλος υπεύθυνου προετοιμασίας του εντύπου: _____