

**Avis et reconnaissance du salaire et du jour de paie
En vertu de la section 195.1 de la loi sur le travail de l'État de New York
pour la parité salariale des aides de soins à domicile et d'autres emplois**

1. Informations relatives à l'employeur

Nom :

Nom commercial :

FEIN (facultatif) :

Adresse physique :

Adresse postale :

Téléphone :

() -

2. Avis donné :

Lors de l'embauche

Avant une modification du (des) taux de rémunération, des indemnités réclamées ou du jour de paie

Remarque : Les employés à domicile doivent être payés au moins 13 heures par période de 24 heures, à condition qu'ils bénéficient de 8 heures de sommeil, dont cinq heures de sommeil ininterrompu et 3 heures de pause pour les repas. Si un employé ne bénéficie pas de 5 heures de sommeil ininterrompu, il doit être payé pour les 8 heures. Si l'employé ne bénéficie pas de périodes de repas en dehors de ses heures de travail, il doit être payé pour les 3 heures désignées pour les repas.

3. Taux de rémunération de l'employé pour chaque type de poste de travail :

\$ _____ par heure pour _____
\$ _____ par heure pour _____
\$ _____ par heure pour _____

3a. Taux de parité salariale :

\$ _____ par heure pour un salaire régulier
\$ _____ par heure pour un complément salarial
\$ _____ par heure pour des compléments salariaux*

4. Indemnités :

Aucune
Pourboires : _____ par heure
Repas : _____ par repas
Logement : _____
Autre : _____

5. Jour de paie régulier : _____

6. Le salaire est :

Hebdomadaire
Bi-hebdomadaire
Autre : _____

7. Taux de rémunération des heures supplémentaires pour chaque type de travail ou de poste :

Taux de rémunération unique :
_____ \$ par heure
Ce taux doit être au moins 1½ fois le montant de la rémunération normale du travailleur, à quelques exceptions près.
Taux de rémunération de parité salariale :
_____ \$ par heure
Ce taux doit être au moins 1½ fois le montant de la rémunération normale du travailleur, à quelques exceptions près.
Taux de rémunération multiple :
_____ \$ par heure

Ce montant doit être au moins égal à 1½ fois la moyenne pondérée des multiples montants de rémunération du travailleur pour la semaine, à quelques exceptions près.

8. Reconnaissance de l'employé :

En ce jour, j'ai été informé de mon taux de rémunération, de mon taux d'heures supplémentaires (s'il est admissible), de mes indemnités, de mon complément salarial et de mon jour de paie désigné. J'ai dit à mon employeur quelle est ma langue maternelle.

Ma langue maternelle est le/!

_____,
et j'ai reçu cet avis de rémunération dans ma langue maternelle.

Nom de l'employé en caractères d'imprimerie

Signature de l'employé

____ / ____ / ____

Date

Nom et titre du préparateur

L'employé doit recevoir une copie signée de ce formulaire. L'employeur doit conserver l'original pendant 6 ans.

Veillez noter : Il est illégal pour un employé appartenant à une classe protégée d'être payé moins qu'un employé n'appartenant pas à une classe protégée, s'ils effectuent un travail substantiellement égal. Les employeurs ne peuvent pas non plus interdire aux employés de discuter des salaires avec leurs collègues.

*Joindre la notification du supplément de parité salariale page 2.

LS 62 Avis sur la parité salariale pour les aides à domicile (suite)
Partie prestation du taux minimum de la rémunération totale de l'aide à domicile

	Taux horaire	Type de supplément	Nom et adresse du prestataire	Informations sur l'accord/ le régime
<i>Complément Numéro</i>	\$ XXX	<i>(Pension, aide sociale ou autre)</i>	<i>Insérer le nom et l'adresse de l'entreprise ou de l'organisme qui fournit les prestations</i>	<i>Identifier le régime ou l'accord qui crée l'avantage, par exemple, la convention collective de la section locale no 1 du syndicat ou le régime d'avantages sociaux de la compagnie d'assurance X</i>
Complément Numéro 1	\$ _____			
Complément Numéro 2	\$ _____			
Complément Numéro 3	\$ _____			

*Si les compléments salariaux sont versés sous la forme d'un paiement unique dû à plusieurs régimes multi-employeurs Taft-Hartley, indiquez uniquement les éléments suivants : (1) le montant total payé pour le supplément ou l'ensemble d'avantages sociaux ; (2) les types d'avantages sociaux compris dans l'ensemble, par exemple, la pension, la santé et le bien-être, ou autres ; (3) le nom et l'adresse de l'entité à laquelle le paiement est envoyé ; et (4) l'ACB ou la lettre d'assentiment pertinente comme accord.

Dressez la liste de toutes les prestations complémentaires et joignez-la au présent document.

Des copies des accords ou des résumés énumérés ci-dessus peuvent être obtenues par :

Reconnaissance de l'employé :

En ce jour, j'ai été informé de mon taux de rémunération, de mon taux d'heures supplémentaires, de mes indemnités, de mes suppléments/avantages, et de mon jour de paie désigné figurant sur ce formulaire (LS 62) ci-joint et sur le présent avenant à la date indiquée ci-dessous.

Ma langue maternelle est le/l' : _____ . J'ai reçu cet avis de rémunération dans ma langue maternelle Oui Non

Nom de l'employé (en caractères d'imprimerie) : _____

Signature de l'employé : _____ Date de signature : ____ / ____ / ____

Nom et intitulé du préparateur : _____