

**Powiadomienie i potwierdzenie zapoznania się z powiadomieniem dotyczące stawki  
wynagrodzenia oraz dnia płatności wynagrodzenia Zgodnie z Sekcją 195.1  
Prawa pracy Stanu Nowy Jork w odniesieniu do wynagrodzeń  
parytetowych dla pomocy domowej i innych rodzajów zajęć**

**1. Informacje o pracodawcy**

Nazwa:

Nazwa (nazwy) firmy:

Numer FEIN (opcjonalnie):  
\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adres siedziby:

Adres korespondencyjny:

Telefon:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**2. Powiadomienie wręczono:**

W momencie zatrudnienia

Przed zmianą stawki (stawek), diet płaconych w trakcie realizacji kontraktu lub terminu płatności wynagrodzenia

**Uwaga:** Pracownik pomocy domowej musi otrzymywać wynagrodzenie w za co najmniej 13 godzin za każdy okres 24 godzin, pod warunkiem, że zapewnione zostanie mu 8 godzin snu, 5 godzin nieprzerwanego snu i 3 godziny czasu wolnego na posiłki. Jeśli pracownikowi nie zostanie zapewnione 5 godzin nieprzerwanego snu, musi on otrzymać wynagrodzenie za wszystkie 8 godzin. Jeśli pracownikowi nie zostanie zapewniony czas wolny na posiłki, musi on otrzymać wynagrodzenie za wszystkie 3 godziny przeznaczone na posiłki.

**3. Stawka (stawki) wynagrodzenia pracownika za każdy rodzaj zmiany roboczej:**

\$ \_\_\_\_\_ za godzinę za \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ za godzinę za \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ za godzinę za \_\_\_\_\_

**3a. Stawki wynagrodzenia parytetowego:**

\$ \_\_\_\_\_ za godzinę w przypadku regularnego wynagrodzenia

\$ \_\_\_\_\_ za godzinę w przypadku dodatkowego wynagrodzenia

\$ \_\_\_\_\_ za godzinę w przypadku wynagrodzenia uzupełniającego\*

**4. Diety:**

Brak

Napiwki: \_\_\_\_\_ za godzinę

Kwota: \_\_\_\_\_ za posiłek

Zakwaterowanie: \_\_\_\_\_

Inne: \_\_\_\_\_

**5. Standardowy dzień wypłaty wynagrodzenia:**

**6. Wynagrodzenie wypłacane jest:**

Co tydzień

Co dwa tygodnie

Inne: \_\_\_\_\_

**7. Stawka/stawki wynagrodzenia za nadgodziny za każdy rodzaj pracy lub zmiany:**

Jednolita stawka wynagrodzenia:

\$ \_\_\_\_\_ za godzinę

Stawka, z kilkoma wyjątkami, musi być wyższa przynajmniej o połowę od zwyczajnej stawki.

Stawka wynagrodzenia parytetowego:

\$ \_\_\_\_\_ za godzinę

Stawka, z kilkoma wyjątkami, musi być wyższa przynajmniej o połowę od zwyczajnej stawki.

Wielokrotne stawki wynagrodzenia:

\$ \_\_\_\_\_ za godzinę

Stawka, z kilkoma wyjątkami, musi być wyższa przynajmniej o połowę od średniej ważonej wielokrotnych stawek wynagrodzenia za tydzień.

**8. Potwierdzenie pracownika:**

W określonym dniu zostałem poinformowany o wysokości mojej stawki, stawki za nadgodziny (jeżeli mi przysługują), przysługujących mi wypłacanych dietach, wynagrodzeniu uzupełniającym oraz o wyznaczonym dniu płatności wynagrodzenia. Powiedziałem mojemu pracodawcy, jaki język jest moim podstawowym językiem.

Mój podstawowy język to: \_\_\_\_\_.

Powiadomienie o wynagrodzeniach otrzymałem w moim podstawowym języku.

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko pracownika drukowanymi literami

\_\_\_\_\_  
Podpis pracownika

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Imię, nazwisko i stanowisko osoby sporządzającej dokument

**Pracownik musi otrzymać podpisaną kopię tego formularza. Pracodawca musi przechowywać oryginał przez 6 lat.**

**Uwaga:** Wypłacanie pracownikowi ze statusem klasy chronionej mniejszego wynagrodzenia niż wynagrodzenie przysługujące pracownikowi bez statusu klasy chronionej za porównywalną pracę jest niezgodne z prawem. Pracodawcy nie mogą również zabraniać pracownikom ujawniania stawek wynagrodzenia przed swoimi współpracownikami.

\*Dołączyć stronę 2 powiadomienia o uzupełniającym wynagrodzeniu parytetowym.

**LS 62 Powiadomienie dotyczące uzupełniającego wynagrodzenia parytetowego dla pomocy domowej - (cd.)  
Świadczenie części minimalnej stawki dla pomocy domowej Całkowite wynagrodzenie**

	<b>Stawka godzinowa</b>	<b>Rodzaj wynagrodzenia uzupełniającego</b>	<b>Nazwa i adres dostawcy</b>	<b>Umowa/ Informacje o programie</b>
Wynagrodzenie uzupełniające Numer	\$ XXX	(Emerytura, zasiłek , inny)	<i>Wpisać nazwę i adres firmy lub organizacji wypłacającej świadczenia</i>	<i>Zidentyfikować plan lub umowę, która zapewnia świadczenie, np. Lokalna związek nr 1 Układ zbiorowy lub Zakład ubezpieczeń X Program świadczeń</i>
Wynagrodzenie uzupełniające Numer 1	\$ _____			
Wynagrodzenie uzupełniające Numer 2	\$ _____			
Wynagrodzenie uzupełniające Numer 3	\$ _____			

\*Jeśli dodatki do wynagrodzeń są wypłacane na rzecz jednego programu dla wielu pracowników Taft-Hartley, należy wymienić tylko, to co następuje: (1) łączną kwotę wypłaconą na dodatek lub pakiet świadczeń; (2) rodzaje świadczeń zawartych w pakiecie, np. emerytura, opieka zdrowotna i socjalna lub inne; (3) nazwę i adres podmiotu, na rzecz którego wypłata jest wysyłana; oraz (4) odpowiedni układ zbiorowy lub list wyrażający zgodę jako umowę.

Wymienić wszelkie dodatkowe świadczenia i załączyć ich listę do niniejszego dokumentu.

Kopie wyżej wymienionych umów lub zestawień można otrzymać:

**Potwierdzenie pracownika: :**

W określonym dniu zostałem poinformowany o wysokości mojej stawki, stawki za nadgodziny, przysługujących mi wypłacanych dietach, wynagrodzeniach uzupełniających/świadczeniach oraz o wyznaczonym dniu płatności wynagrodzenia, który został podany na załączonym formularzu (LS 62) oraz aneksie w dniu podanym poniżej.

Moim podstawowy język to: \_\_\_\_\_ . Powiadomienie o wynagrodzeniach otrzymałem w moim podstawowym języku    Tak    Nie

Imię i nazwisko pracownika (drukowanymi literami): \_\_\_\_\_

Podpis pracownika: \_\_\_\_\_ Data podpisu: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Imię, nazwisko i stanowisko osoby sporządzającej dokument: \_\_\_\_\_