

Office Use Only:	
LS ID	_____
LCM	_____
PV	_____
No PV	_____
Priority	_____
Taken by	_____
Date	___ / ___ / ___

Formulaire de plainte des ouvriers agricoles pour les normes du travail

Les ouvriers agricoles doivent utiliser ce formulaire pour déclarer des salaires impayés, des déductions illégales, des suppléments de salaire, le salaire minimum, des heures supplémentaires, l'absence de pause repas, de jour de repos, etc.

Remarque : Ce formulaire est disponible dans d'autres langues que l'anglais. Toute personne qui travaille dans une exploitation agricole dans l'État de New York peut déposer une plainte auprès du Département du travail de l'État de New York.

Veuillez répondre à toutes les questions pour les parties relatives à votre réclamation. Fournir des informations complètes nous aide à examiner votre plainte et à l'accepter pour entamer l'enquête. Renvoyez votre formulaire rempli à l'adresse ci-dessus.

Nous vous contacterons si nous n'avons pas suffisamment d'informations pour poursuivre l'enquête ou si votre réclamation paraît invalide. Si vous avez des questions sur la façon de remplir ce formulaire, appelez-le (888) 469-7365.

Partie 1. Personne qui soumet la réclamation (Renseignements sur l'employé/le plaignant)

1. Nom :(prénom) _____ (second prénom) _____ (nom de famille) _____
2. Autre nom connu au travail : _____
- 3a. Adresse postale : _____ Appt. N : _____ Ville : _____
Comté : _____ État : _____ Code postal : _____
- 3b. Adresse permanente (si différente de celle ci-dessus) : _____ Appt. N : _____
Ville : _____ Comté : _____ État : _____ Code postal : _____
4. Téléphone : (____) _____ - _____ 5. Autre téléphone : (____) _____ - _____
6. E-mail : _____ 7. Votre langue principale/préférée : _____

Partie 2. Réclamation déposée contre (renseignements sur l'entreprise agricole et le propriétaire)

- 8a. Nom de l'entreprise : _____
- 8b. Dénomination légale (si différente) : _____
- 8c. Type d'entité juridique : Individuel LLC Partenariat Entreprise Autre : _____
- 8d. Type d'exploitation agricole : élevage volaille produits laitiers fruits/légumes
serre/pépinière autre : _____
- 8e. Adresse postale : _____ N° FI/Rm/Suite : _____ Ville : _____
Comté : _____ État : _____ Code postal : _____
- 8f. Téléphone professionnel : (____) _____ - _____ 8g. E-mail : _____

9a. Nom(s) et titre(s) du/des propriétaire(s) :

9b. Adresse postale : _____ Appt. N : _____ Ville : _____
Comté : _____ État : _____ Code postal : _____

9c. Téléphone du propriétaire : (____) _____ - _____ 9d. E-mail : _____

10. Nombre total d'employés : _____

11. Nom et adresse de la banque de l'employeur (joindre une copie du chèque ou du talon de chèque) :

Partie 3. Personne qui soumet la réclamation (renseignements sur l'emploi)

12. Titre de votre poste : _____

13. Type de travail que vous avez effectué :

14. Adresse/localisation du lieu de travail : _____ Ville : _____
Comté : _____ État : _____ Code postal : _____

15. Date d'embauche : ____ / ____ / ____

16. Votre relation avec l'entreprise : Toujours employé(e) Licencié(e) Démissionné(e)
Au chômage technique

17. Dernier jour de travail : ____ / ____ / ____

18. Votre travail était saisonnier ou toute l'année.

19. Nom et titre de la personne qui vous a embauché : _____

20. Nom(s) de votre directeur/superviseur/contremaître : _____

21. Nom de la personne qui a payé votre salaire : _____

22. Avez-vous régulièrement voyagé en dehors de l'État de New York pour votre travail ? Oui Non

23a. Étiez-vous membre d'un syndicat ? Oui Non 23b. Si « Oui », nom du syndicat et numéro de la section locale : _____

24a. Votre taux de rémunération : \$ _____ par Jour Semaine Heure Pièce
Autre : _____

24b. Votre taux de rémunération des heures supplémentaires : \$ _____

25a. Quel était votre jour de paie ?

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

25b. Quelle est la période couverte ? (par exemple, du samedi au vendredi) _____

26. À quelle fréquence avez-vous été payé ? Par jour Par semaine Toutes les deux semaines

Autre : _____

27. Comment vos salaires étaient-ils payés ? Espèces Chèque Dépôt direct Pay Card
 Combinaison : (veuillez expliquer - par exemple, une partie en espèces et une partie par chèque)

28a. Votre employeur vous a-t-il fourni le logement et les commodités ? Oui Non

28b. Si « Oui », quel montant, le cas échéant, était déduit de votre salaire par jour
 \$ _____ ou par semaine \$ _____ ou par mois \$ _____ ?

28c. Viviez-vous seul ou avec d'autres personnes dans le logement fourni par l'employeur ? _____

29a. Faisiez-vous habituellement des achats dans un économat géré par votre employeur ? Oui Non

29b. Si « Oui », indiquez les articles, et le montant de l'achat ou le montant déduit de votre salaire pour chaque article :

Article : _____ Montant en dollars : _____ \$

Article : _____ Montant en dollars : _____ \$

30a. L'employeur vous facture-t-il d'autres frais de subsistance ou de transport ? Oui Non

30b. Si « OUI », quel est le montant et combien cela vous coûte-t-il par semaine/mois ? _____

Partie 4. Réclamation de salaire impayé

Remplissez cette section si l'on vous doit des salaires (voir la partie 6 si l'on vous doit des heures supplémentaires). Utilisez une ligne pour chaque semaine. Le salaire brut veut dire le montant gagné avant impôts ou autres déductions. Joignez une ou plusieurs feuilles séparées pour les semaines supplémentaires ou pour donner d'amples informations.

A. Date de fin de la semaine de paie	B. Nombre de jours travaillés dans la semaine	C. Heures travaillées dans la semaine	D. Taux de rémunération (Gagné ou Promis)	E. Déductions illégales du salaire (par exemple, amendes, coupe, etc.)	F. Salaire brut dû pour la semaine	G. Salaires bruts payés (Si l'employeur a payé une partie du salaire dû, indiquez le montant ici)	H. Différence entre le salaire brut dû et le salaire brut payé
Ex. 04/04/2017	7	35	16,00 \$ par heure		560 \$ (CxD)	0 \$	560 \$ (F-G)
I. Total							

31a. Si votre chèque de paie n'a pas été honoré par la banque (NSF), veuillez indiquer le numéro du chèque et la date de fin de la semaine de paie. Si possible, fournissez une copie du chèque :

31b. Période de la réclamation : Quelle est la période couverte par votre demande de salaire ?

Date du ___ / ___ / ____ au ___ / ___ / ____

Partie 5. Congé maladie payé non payé

Remplissez cette section pour les congés de maladie payés qui vous sont dus. L'article 196-b du code de travail de l'État de New York oblige les employeurs comptant au moins cinq employés ou dont le revenu net est supérieur à 1 million de dollars à accorder des congés de maladie payés à leurs employés. Le 30 septembre 2020, les employés couverts de l'État de New York ont commencé à accumuler des congés à raison d'une heure pour toutes les 30 heures travaillées. Le 1er janvier 2021, les employés peuvent commencer à utiliser les congés accumulés.

A. Période d'accumulation des congés de maladie payés	B. Montant du congé de maladie payé accumulé	C. Date(s) d'utilisation du congé de maladie payé	D. Nombre d'heures de prestations dues	E. Taux de rémunération normal	F. Montant du paiement des prestations dû
Ex. 30/09/20-08/01/21	16,5 heures	11/01/21	8 heures	20 \$/heure	160 \$
G. Total					

Partie 6. Réclamation de supplément de salaire impayé

Remplissez cette section pour les suppléments de salaire qui vous sont dus. Les suppléments de salaire sont des versements des avantages sociaux promis par l'employeur tels que : frais, indemnités de congés payés, etc.

32. Expliquez les avantages promis ou joignez une copie de la politique écrite/du manuel :

A. Type d'avantage dû	B. Période de temps où l'avantage est acquis	C. Date d'échéance du paiement des avantages	D. Montant des avantages dû	E. Montant du paiement des avantages dû	F. Avantages promis par :
Ex. Indemnité de congé	01/01/16–31/12/16	01/01/17	1 semaine	700 \$	<input checked="" type="checkbox"/> politique écrite <input type="checkbox"/> promesse verbale
					politique écrite promesse verbale
					politique écrite promesse verbale
					politique écrite promesse verbale
G. Total					

Partie 7. Réclamation de salaire minimum ou d'heures supplémentaires impayés

Remplissez cette section si vous avez été payé en dessous du salaire horaire minimum de l'État et/ou si vous n'avez pas été payé pour des heures supplémentaires. La plupart des employés doivent être payés au moins le salaire minimum et une fois et ½ s'ils travaillent plus de 56 heures par semaine de calendrier.

33a. Êtes-vous payé au salaire minimum pour chaque heure travaillée ? Oui Non

33b. Êtes-vous payé à temps et ½ pour les heures travaillées au-delà de 56 heures ? Oui Non

33c. Recevez-vous un salaire pour les heures travaillées au-delà de 56 heures ? Oui Non

33d. Si « Oui », combien par heure ? _____

33e. Êtes-vous payé à temps et ½ si vous devez travailler pendant votre « jour de repos » ? Oui Non

33f. Si vous avez répondu « Non » à l'une des questions ci-dessus, veuillez expliquer et remplir l'horaire de votre semaine de travail ci-dessous :

A. Jour ouvrable	B. Heure de début de la journée de travail	C. Heure de fin de la journée de travail	D. Pause repas	E. Total des heures
Exemple	10 h 00	23 h 00	30 min	12,5 heures
Dimanche	h	h		
Lundi	h	h		
Mardi	h	h		
Mercredi	h	h		
Jeudi	h	h		
Vendredi	h	h		
Samedi	h	h		
F. Total hebdomadaire				

34a. Les heures de travail énumérées ci-dessus sont-elles les mêmes chaque semaine ? Oui Non

34b. Si « Non », veuillez fournir votre estimation du nombre moyen d'heures travaillées par semaine :

34c. Période de la réclamation : Sur quelle période porte votre réclamation concernant le salaire minimum ou les heures supplémentaires ? Date du ___ / ___ / ___ à ___ / ___ / ___

Partie 8. Plainte non salariale

Cochez les cases qui s'appliquent si vous souhaitez déposer une plainte non liée au salaire. Cochez toutes les cases qui s'appliquent. Veuillez expliquer et fournir une feuille supplémentaire si nécessaire.

L'employeur a omis de :

35a. Accorder une pause repas de 30 minutes _____
Avez-vous été payé pour le temps travaillé lorsque l'employeur n'a pas accordé la pause repas ?

Oui Non

35b. Fournir une attestation de salaire (fiche de paie) _____

35c. Accorder un jour de repos _____

35d. Assurer le paiement des salaires des employés par au moins une de ces méthodes autorisées :
Espèces/chèques/dépôt direct/carte de débit (Pay Card) _____

35e. Obtenir l'autorisation écrite de l'employé pour le paiement du salaire par dépôt direct ou par carte de débit. _____

35f. Fournir une lettre de licenciement _____

35g. Fournir une communication sur le taux de rémunération avec toutes les informations nécessaires

35h. Payer les salaires à temps _____

35i. Payer les salaires « officiellement » _____

35j. Prévoir l'accumulation des congés maladie payés obligatoires de l'État de New York _____

35k. Afficher les notifications nécessaires/affiche sur le salaire minimum dans l'exploitation agricole

35l. Payer les salaires « officiellement » _____

35m. Fournir l'accès à l'eau potable _____

35n. Fournir des toilettes et des installations pour se laver les mains _____

35o. Forcé(e) involontairement à travailler plus de 56 heures par semaine _____

35p. Autre _____

Partie 9. Motif de la réclamation

36a. Avez-vous demandé votre salaire ? Oui Non

36b. Si « Oui », veuillez expliquer. Qui et quand avez-vous demandé, et que s'est-il passé ?

Partie 10. Mesures de représailles

37a. Vous êtes-vous plaint de cette violation ou d'une autre violation du droit du travail ? Oui Non

37b. Si « Oui », que s'est-il passé ?

37c. Vous et vos collègues, avez fait l'objet des réactions négatives parce que vous avez parlé des préoccupations liées au lieu de travail ou parce que vous êtes engagés dans des activités d'organisation syndicale ? Oui Non

37d. Si « Oui », que s'est-il passé ?

37e. Voulez-vous maintenant déposer une plainte pour représailles contre cet employeur ? Oui Non

Partie 11. Assistance en matière de réclamation

38a. Avez-vous un mandataire (par exemple, un avocat privé, un groupe de défense) ? Oui Non

38b. Si « Oui », indiquez le nom de la personne ou du groupe : _____

38c. Ce mandataire vous a-t-il aidé à déposer cette réclamation ? Oui Non

38d. Avez-vous payé, ou prévoyez-vous de payer, ce mandataire ? Oui Non

38e. Voulez-vous que nous parlions de votre réclamation à ce mandataire ? Oui Non
Si oui, les mandataires doivent soumettre une lettre de représentation (LS 11).

38f. Est-ce que quelqu'un, autre que le mandataire, vous a aidé à remplir ce formulaire ? Oui Non

38g. Si « Oui », qui vous a aidé et pourquoi ? _____

Autres commentaires/Informations utiles :

Je certifie que les informations ci-dessus sont vraies à ma connaissance et je reconnais qu'il existe des sanctions pour les fausses déclarations. J'autorise le Commissaire du travail, ses adjoints ou agents à recevoir, endosser mon nom, et déposer sur le compte du Commissaire du travail tout chèque ou mandat à mon nom en paiement de cette réclamation. J'informerai le Département du travail de l'État de New York si mes coordonnées changent.

Signature du demandeur

_____/_____/_____
Date