

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

## Formularz reklamacji Labor Standards dla pracowników gospodarstw rolnych

Pracownicy gospodarstw rolnych powinni korzystać z tego formularza, aby ubiegać się o niezapłacone wynagrodzenie, nielegalne potrącenia, dodatki do pensji, minimalne wynagrodzenie, nadgodziny, brak przerwy na posiłki, brak dnia odpoczynku itp.

**Uwaga:** Formularz jest dostępny w językach innych niż angielski. Osoby pracujące w gospodarstwie rolnym w Stanie Nowy Jork mogą wysłać skargę do Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork.

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania dotyczące części związanych z reklamacją. Podanie pełnych informacji pomoże nam przeanalizować Twoją skargę i przyjąć ją do weryfikacji. Wypełniony formularz należy przesłać na powyższy adres.

Skontaktujemy się z Tobą, jeśli nie będziemy mieć wystarczających informacji, aby kontynuować lub jeśli Twoja reklamacja okaże się nieuzasadniona. Jeśli masz pytania dotyczące tego, jak wypełnić niniejszy formularz, zadzwoń pod numer (888) 469-7365.

### Część 1. Osoba składająca reklamację (Informacje na temat pracownika/osoby składającej reklamację)

1. Imię i nazwisko:(pierwsze) \_\_\_\_\_ (drugie) \_\_\_\_\_ (nazwisko) \_\_\_\_\_
2. Inne nazwisko używane w pracy: \_\_\_\_\_
- 3a. Adres korespondencyjny: \_\_\_\_\_ Nr mieszkania: \_\_\_\_\_  
Miasto/miejscowość: \_\_\_\_\_ Hrabstwo: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_
- 3b. Adres stałego pobytu (jeśli inny od powyższego): \_\_\_\_\_ Nr mieszkania: \_\_\_\_\_  
Miasto/miejscowość: \_\_\_\_\_ Hrabstwo: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_
4. Telefon: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. Inny telefon: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
6. E-mail: \_\_\_\_\_ 7. Język podstawowy/preferowany: \_\_\_\_\_

### Część 2. Reklamacja składana przeciwko (Informacje na temat firmy i właściciela gospodarstwa rolnego)

- 8a. Nazwa firmy: \_\_\_\_\_
- 8b. Nazwa prawna (jeśli jest inna): \_\_\_\_\_
- 8c. Rodzaj podmiotu prawnego: Jednoosobowa działalność gospodarcza Sp. z o.o. Spółka cywilna  
Korporacja Inny: \_\_\_\_\_
- 8d. Rodzaj gospodarstwa rolnego: zagroda drobiarstwo mleczarstwo uprawa owoców/warzyw  
szklarnia/szkółka inny: \_\_\_\_\_



26. Jak często otrzymywałeś wynagrodzenie?    Codziennie    Co tydzień    Co dwa tygodnie  
Inaczej: \_\_\_\_\_
27. W jaki sposób Twoje wynagrodzenie było wypłacane?    Gotówka    Czek    Depozyt bezpośredni  
Karta płatnicza  
W sposób łączony: (proszę wyjaśnić, np. częściowo w gotówce i częściowo w formie czeku)  
\_\_\_\_\_
- 28a. Czy Twój pracodawca zapewnił Ci zakwaterowanie i media?    Tak    Nie
- 28b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, jaka kwota, jeśli w ogóle, była potrącana z Twojego wynagrodzenia dziennie  
\$ \_\_\_\_\_ lub tygodniowo \$ \_\_\_\_\_ lub miesięcznie \$ \_\_\_\_\_?
- 28c. Czy mieszkałeś sam czy też z innymi osobami w mieszkaniu zapewnionym przez pracodawcę?  
\_\_\_\_\_
- 29a. Czy zazwyczaj dokonywałeś zakupów w składzie żywności prowadzonym przez pracodawcę?  
Tak    Nie
- 29b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, wymień artykuły i kwotę zakupu lub kwotę odliczoną od wynagrodzenia za  
każdy artykuł:  
Artykuł: \_\_\_\_\_ Kwota w dolarach: \$ \_\_\_\_\_  
Artykuł: \_\_\_\_\_ Kwota w dolarach: \$ \_\_\_\_\_
- 30a. Czy pracodawca obciąża Cię innymi kosztami utrzymania lub transportu?    Tak    Nie
- 30b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, co to jest i ile płacisz za tydzień/miesiąc?  
\_\_\_\_\_



A. Okres naliczania Płatnego zwolnienia lekarskiego	B. Kwota naliczonego Płatnego zwolnienia lekarskiego	C. Data/daty wykorzystania Płatnego zwolnienia lekarskiego	D. Kwota świadczenia należnego za czas	E. Regularna stawka wynagrodzenia	F. Kwota należnego świadczenia
Przykład: 9/30/20-1/8/21	16,5 godziny	1/11/21	8 godzin	20 USD/godzina	160 USD
<b>G. Łącznie</b>					

### Część 6. Reklamacja dotycząca niezapłaconego dodatku do wynagrodzenia

**Wypełnij tę rubrykę, aby otrzymać należny Ci dodatek do wynagrodzenia.** Dodatki do wynagrodzenia są świadczeniami dodatkowymi obiecanyymi przez pracodawcę, takimi jak: ekwiwalent za urlop, wydatki, wakacje itp.

32. Wyjaśnij obiecane świadczenia lub załącz kopię pisemnej polityki/informatora:

A. Rodzaj należnego świadczenia	B. Okres, za który przysługuje świadczenie	C. Data wypłaty należnego świadczenia	D. Kwota świadczenia należnego za czas	E. Kwota należnego świadczenia	F. Świadczenie obiecane przez:
Przykład: Ekwiwalent za wakacje	1/1/16–12/31/16	1/1/17	1 tydzień	700 USD	<input checked="" type="checkbox"/> pisemna polityka <input type="checkbox"/> obietnica ustna
					pisemna polityka obietnica ustna
					pisemna polityka obietnica ustna
					pisemna polityka obietnica ustna
<b>G. Łącznie</b>					

## Część 7. Reklamacja dotycząca niezapłaconego wynagrodzenia lub wynagrodzenia za nadgodziny

**Wypełnij tę sekcję**, jeśli otrzymałeś wynagrodzenie poniżej stanowej minimalnej stawki godzinowej i/lub nie otrzymałeś wynagrodzenia za nadgodziny. Większość pracowników musi otrzymywać co najmniej minimalne wynagrodzenie plus półtora stawki regularnej, jeśli pracują więcej niż 56 godzin w tygodniu kalendarzowym.

33a. Czy otrzymujesz wynagrodzenie minimalne za każdą przepracowaną godzinę? Tak Nie

33b. Czy otrzymujesz półtora stawki regularnej, jeśli pracujesz więcej niż 56 godzin tygodniowo?  
Tak Nie

33c. Czy otrzymujesz wynagrodzenie za przepracowanie czasu powyżej 56 godzin? Tak Nie

33d. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, ile wynosi stawka za godzinę? \_\_\_\_\_

33e. Czy otrzymujesz półtora stawki regularnej, jeśli pracujesz w dniu wypoczynku? Tak Nie

33f. Jeśli odpowiedź brzmi „nie” w którymkolwiek z powyższych punktów, wyjaśnij i wypełnij harmonogram swojego tygodnia pracy poniżej:

A. Dzień pracy	B. Godzina rozpoczęcia dnia roboczego	C. Godzina zakończenia dnia roboczego	D. Przerwa na posiłki	E. Łącznie godziny
Przykład	10:00	23:00	30 min	12,5 godziny
Niedziela	:	:		
Poniedziałek	:	:		
Wtorek	:	:		
Środa	:	:		
Czwartek	:	:		
Piątek	:	:		
Sobota	:	:		
<b>F. Łącznie tygodniowo</b>				

34a. Czy liczba przepracowanych godzin wymienionych powyżej jest taka sama w każdym tygodniu?  
Tak Nie

34b. Jeśli odpowiedź brzmi „nie”, podaj szacunkową średnią liczbę godzin przepracowanych w tygodniu:  
\_\_\_\_\_

34c. Zakres reklamacji: Jaki okres obejmuje Twoja reklamacja dotycząca wynagrodzenia minimalnego lub wynagrodzenia za nadgodziny?

Data od \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ do \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

## Część 8. Skarga niezwiązana z wynagrodzeniem

Zaznacz odpowiedzi, które mają zastosowanie, jeśli chcesz złożyć skargę niezwiązaną z wynagrodzeniem. Zaznacz wszystkie odpowiedzi odpowiadające Twojej sytuacji. Proszę wyjaśnić i w razie potrzeby przedłożyć dodatkowy arkusz.

Pracodawca nie:

- 35a. Zapewnił 30-minutowej przerwy na posiłek \_\_\_\_\_  
Czy płacono Ci za czas pracy, gdy pracodawca nie zapewnił przerwy na posiłki? Tak Nie
- 35b. Dostarczył zestawienia wynagrodzeń (odcinka wypłaty) \_\_\_\_\_
- 35c. Zapewnił dnia odpoczynku \_\_\_\_\_
- 35d. Zapewnił wypłaty wynagrodzeń za pomocą co najmniej jednej z poniższych dopuszczalnych metod:  
Gotówki/Czeku/Depozytu bezpośredniego/Karty debetowej (Karty płatniczej)  
\_\_\_\_\_
- 35e. Uzyskał pisemnego upoważnienia pracownika do wypłaty wynagrodzenia za pomocą depozytu  
bezpośredniego lub płatniczej karty debetowej \_\_\_\_\_
- 35f. Przedstawił wypowiedzenia \_\_\_\_\_
- 35g. Przedstawił powiadomienia o stawce wynagrodzenia ze wszystkimi wymaganymi informacjami  
\_\_\_\_\_
- 35h. Wypłacił wynagrodzenia na czas \_\_\_\_\_
- 35i. Wypłacił wynagrodzenia uwzględnionego w rejestrach \_\_\_\_\_
- 35j. Zapewnił wymaganego w Stanie Nowy Jork naliczenia płatnego zwolnienia chorobowego  
\_\_\_\_\_
- 35k. Publikował wymaganych powiadomień/plakatu dotyczącego minimalnego wynagrodzenia w  
gospodarstwie rolnym \_\_\_\_\_
- 35l. Przestrzegał zasad dotyczących zatrudniania osób małoletnich (poniżej 18. roku życia)  
\_\_\_\_\_
- 35m. Zapewnił dostępu do wody pitnej \_\_\_\_\_
- 35n. Zapewnił toalety i urządzeń do mycia rąk \_\_\_\_\_
- 35o. Zmusił do pracy powyżej 56 godzin w tygodniu \_\_\_\_\_
- 35p. Inne \_\_\_\_\_

## Część 9. Podstawy reklamacji

- 36a. Czy prosiłeś o swoje wynagrodzenie? Tak Nie
- 36b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, proszę wyjaśnij. Kogo i kiedy o nie prosiłeś i co się stało?

## Część 10. Działania odwetowe

- 37a. Czy złożyłeś skargę z powodu tego lub innego naruszenia prawa pracy? Tak Nie

37b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, co się wydarzyło?

37c. Czy Ty i Twoi współpracownicy spotkaliście się z negatywnymi działaniami, ponieważ mówiliście o problemach w miejscu pracy, czy też zaangażowaliście się w organizowanie działań związkowych?

Tak Nie

37d. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, co się wydarzyło?

37e. Czy chcesz teraz wnieść skargę odwetową przeciwko temu pracodawcy? Tak Nie

### **Część 11. Pomoc przy składaniu reklamacji**

38a. Czy masz przedstawiciela (np. prywatnego adwokata, grupę adwokacką)? Tak Nie

38b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, podaj nazwisko osoby lub grupy: \_\_\_\_\_

38c. Czy ten przedstawiciel pomagał Ci przy składaniu tej reklamacji? Tak Nie

38d. Czy zapłaciłeś lub planujesz zapłacić temu przedstawicielowi? Tak Nie

38e. Chcesz, żebyśmy porozmawiali z tym przedstawicielem o Twojej reklamacji? Tak Nie  
Jeśli tak, przedstawiciel musi przedłożyć pełnomocnictwo (LS 11).

38f. Czy ktoś inny niż przedstawiciel pomógł Ci w wypełnieniu tego formularza? Tak Nie

38g. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, kto i dlaczego Ci pomógł? \_\_\_\_\_

### **Dodatkowe komentarze/przydatne informacje:**

**Potwierdzam, że powyższe informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą i jestem świadomy, że za składanie fałszywych oświadczeń przewidziano kary. Upoważniam Komisarza Pracy, zastępców lub agentów do przyjmowania, potwierdzania mojego nazwiska i wpłacania na konto Komisarza Pracy wszelkich czeków lub przekazów pieniężnych wystawionych na mnie jako płatność z tytułu niniejszej reklamacji. Powiadomię Departament Pracy Stanu Nowy Jork, jeśli moje dane kontaktowe ulegną zmianie.**

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby składającej reklamację

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data