

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
Avis pour le taux préférentiel et autres emplois

1. Informations relatives à l'employeur

Nom :

Nom(s) de l'entreprise (DBA) :

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

3. Jour de paie ordinaire : _____

4. Taux de rémunération des emplois à taux prévalent(s) :

Voir la page suivante

5. Profession : _____

6. Emplois à taux préférentiel Taux de rémunération des heures supplémentaires :

Les heures supplémentaires sont payables après 8 heures au cours d'une journée et après 5 jours au cours d'une semaine, ou comme indiqué dans le barème des salaires en vigueur applicable. Voir la page suivante pour les tarifs. Les taux des heures supplémentaires seront ceux affichés pour la profession.

7. Taux de rémunération des emplois à taux non préférentiel :

\$ _____ par heure.

8. Taux non préférentiel des Emplois à Heures supplémentaires

Taux de rémunération : \$ _____ par heure.

9. Heures supplémentaires pour les emplois à taux préférentiel et à taux non préférentiel dans la même semaine :

Voir la page suivante

10. Allocations prises sur des travaux à taux non préférentiel :

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

11. Le salaire est :

- Hebdomadaire
- Bi-hebdomadaire
- Autre : _____

12. Reconnaissance de l'employé :

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

Ma langue maternelle est le/l'

_____,
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.

Avis aux employés sur le taux de salaire prévalent et informations complémentaires

Taux de salaire et de supplément qui doivent être fournis et payés par l'employeur en vertu de la loi.

| | Taux de salaire horaire | Taux horaire du supplément salarial | Taux total (salaire plus supplément) par heure |
|------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--|
| Heures normales | | | |
| Heures supplémentaires | | | |

Répartition des compléments de salaire versés*

| | Taux horaire | Type de supplément | Nom et adresse du prestataire | Informations sur l'accord/le plan |
|-----------------|--------------|---|--|---|
| Supplément n° 1 | 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> |
| Supplément n° 2 | XXX \$ | <i>(pension, aide sociale ou autre)</i> | | |
| Supplément n° 3 | XXX \$ | | | |
| Supplément n° 4 | \$ | | | |

**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.*

Si vous pensez que vous n'avez pas reçu le salaire ou les avantages appropriés, veuillez appeler le bureau le plus proche du ministère du travail de l'État de New York.

| | | | |
|---------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Albany (518) 457-2744 | Garden City (516) 228-3915 | Patchogue (631) 687-4882 | Utica (315) 793-2314 |
| Binghamton (607) 721-8005 | Newburgh (845) 586-5287 | Rochester (585) 258-4505 | White Plains (914) 997-9507 |
| Buffalo (716) 847-7159 | New York City (212) 932-2419 | Syracuse (315) 428-4056 | |

Pour les projets de construction des agences gouvernementales de la ville de New York, veuillez contacter le bureau du contrôleur de la ville de New York à (212) 669-4443, ou www.comptroller.nyc.gov – cliquez sur Bureau of Labor Law.

New York State Department of Labor, Bureau of Public Work
1200 Washington Avenue, Building 12, Room 130, Albany, New York 12226
Téléphone : (518) 457-5589 Fax : (518) 485-1870