

**Γνωστοποίηση και βεβαίωση ποσού αμοιβής και ημέρας πληρωμής  
Σύμφωνα με την Ενότητα 195.1 του Εργατικού Δικαίου της Πολιτείας της Νέας Υόρκης  
Γνωστοποίηση για εργασίες επικρατουσών αμοιβών και άλλες εργασίες**

**1. Στοιχεία εργοδότη**

Επωνυμία:

Με επιχειρηματικές δραστηριότητες (DBA)  
υπό την/τις επωνυμία/-ες:

FEIN (προαιρετικά):

Φυσική διεύθυνση:

Ταχυδρομική διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

**2. Η γνωστοποίηση επιδόθηκε:**

- Κατά την πρόσληψη
- Πριν από μια αλλαγή στην αμοιβή, στα  
ζητούμενα επιδόματα ή στην ημέρα  
πληρωμής

**3. Τακτή ημέρα πληρωμής:** \_\_\_\_\_**4. Αμοιβή(-ές) σε εργασίες Επικρατουσών  
Αμοιβών**

Βλ. επόμενη σελίδα

**5. Επάγγελμα:** \_\_\_\_\_

**6. Αμοιβή για υπερωρίες σε Εργασίες  
Επικρατουσών Αμοιβών** Οι υπερωρίες που  
καταβάλλονται μετά τις 8 ώρες εργασίας την  
ημέρα και τις 5 ημέρες την εβδομάδα, ή όπως  
σημειώνεται στο ισχύον πρόγραμμα  
επικρατουσών αμοιβών. Βλ. επόμενη σελίδα  
για αμοιβή Οι αμοιβές για υπερωρίες είναι  
αυτές που αναρτώνται για το συγκεκριμένο  
επάγγελμα.

**7. Αμοιβή για υπερωρίες σε Εργασίες Μη  
Επικρατουσών Αμοιβών**

\$ \_\_\_\_\_ ανά ώρα

**8. Υπερωρίες σε Εργασίες Μη Επικρατουσών  
Αμοιβών**

Αμοιβή: \$ \_\_\_\_\_ ανά ώρα

**9. Υπερωρίες για Εργασίες Επικρατουσών  
Αμοιβών και Μη Επικρατουσών Αμοιβών  
την ίδια εβδομάδα:**

Βλ. επόμενη σελίδα

**10. Επιδόματα που ελήφθησαν σε εργασίες μη  
επικρατουσών αμοιβών:**

- Κανένα
- Για φιλοδωρήματα \_\_\_\_\_ ανά ώρα
- Για γεύματα \_\_\_ ανά γεύμα
- Για στέγαση \_\_\_
- Άλλο \_\_\_\_\_

**11. Η πληρωμή πραγματοποιείται:**

- Κάθε εβδομάδα
- Δύο φορές την εβδομάδα
- Άλλο: \_\_\_\_\_

**12. Βεβαίωση εργαζομένου:**

Την ημερομηνία που παρατίθεται παρακάτω  
ενημερώθηκα για την αμοιβή, την αμοιβή για  
υπερωρίες (εφόσον τις δικαιούμαι), τα  
επιδόματα και την καθορισμένη ημέρα  
πληρωμής των αμοιβών μου. Ενημέρωσα τον  
εργοδότη μου ποια είναι η κύρια γλώσσα μου.

Η κύρια γλώσσα μου είναι

\_\_\_\_\_,  
και έλαβα τη συγκεκριμένη γνωστοποίηση για  
την αμοιβή μου στη κύρια γλώσσα μου

\_\_\_\_\_  
Όνομα εργαζομένου με κεφαλαία\_\_\_\_\_  
Υπογραφή εργαζομένου\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία\_\_\_\_\_  
Όνομα και τίτλος συντάκτη

**Ο εργαζόμενος πρέπει να λάβει ένα  
υπογεγραμμένο αντίγραφο του παρόντος  
εντύπου. Ο εργοδότης θα πρέπει να  
διατηρεί το πρωτότυπο για 6 χρόνια.**

**Σημείωση:** Είναι παράνομο να καταβάλλεται σε  
έναν εργαζόμενο που υπάγεται σε  
προστατευόμενη κατηγορία μικρότερη αμοιβή από  
την αντίστοιχη ενός εργαζομένου που δεν  
υπάγεται σε προστατευόμενη κατηγορία, εφόσον  
παρέχουν ουσιαστικά ισοδύναμη εργασία.  
Επίσης, οι εργοδότες δεν έχουν το δικαίωμα να  
απαγορεύσουν στους εργαζόμενους να συζητούν  
για τις αμοιβές τους με τους συναδέλφους τους.

## Γνωστοποίηση εργαζομένου σχετικά με Επικρατούσες Αμοιβές και Συμπληρωματικές Πληροφορίες

Μισθός & συμπληρώματα που θα πρέπει να παρέχει και να καταβάλλει ο εργοδότης σύμφωνα με τη νομοθεσία

	Μισθός ανά ώρα	Συμπλήρωμα μισθού ανά ώρα	Συνολική αμοιβή (μισθός συν συμπλήρωμα) ανά ώρα
Κανονικό ωράριο			
Υπερωρίες			

### Ανάλυση καταβαλλόμενου συμπληρώματος μισθού

	Ωρομίσθιο	Είδος συμπληρώματος	Όνομα & διεύθυνση παρόχου	Συμφωνία/πληροφορίες πλάνου
Συμπλήρωμα Αρ. 1	\$XXX	(Σύνταξη, Πρόνοια, ή Άλλο)	Εισάγετε όνομα και διεύθυνση εταιρείας ή οργανισμού που παρέχει το επίδομα	Προσδιορίστε το πλάνο ή τη συμφωνία από όπου προκύπτει το επίδομα, π.χ. Τοπικό Σωματείο Αρ. 1 Συλλογική Σύμβαση Εργασίας ή Ασφαλιστική Εταιρεία Χ Πλάνο επιδομάτων
Συμπλήρωμα Αρ. 2	\$XXX	(Σύνταξη, Πρόνοια, ή Άλλο)		
Συμπλήρωμα Αρ. 3	\$XXX			
Συμπλήρωμα Αρ. 4	\$			

\*Εάν τα συμπληρώματα μισθού καταβάλλονται ως μία ενιαία πληρωμή που οφείλεται σε πολλαπλά πλάνα πολλών εργοδοτών Taft-Hartley, αναφέρετε μόνο τα παρακάτω: (1) το συνολικό ποσό που καταβλήθηκε για το συμπλήρωμα ή το πακέτο επιδομάτων, (2) τα είδη επιδομάτων που περιλαμβάνονται στο πακέτο, π.χ., σύνταξη, υγεία και πρόνοια, ή άλλο, (3) το όνομα και τη διεύθυνση του φορέα στον οποίο αποστέλλεται η πληρωμή, και (4) τη σχετικά ΣΣΕ ή επιστολή συγκατάθεσης στη συμφωνία.

**Εάν θεωρείτε ότι δεν έχετε λάβει τους σωστούς μισθούς ή επιδόματα, καλέστε το πλησιέστερο γραφείο του Υπουργείου Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης.**

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	Πόλη της Νέας Υόρκης	(212) 932-2419	Syracuse	(315) 428-4056		

Για κατασκευαστικά έργα κρατικών φορέων της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, επικοινωνήστε με το Γραφείο του Ελεγκτή της Πολιτείας της Νέας Υόρκης στο (212) 669-4443, ή στη διεύθυνση [www.comptroller.nyc.gov](http://www.comptroller.nyc.gov) – πατήστε στο 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  
Τηλέφωνο: (518) 457-5589 Φαξ: (518) 485-1870