



होम केयर एड वेज पैरिटी और अन्य जॉब के लिए, New York State Labor Law (न्यूयॉर्क राज्य श्रम कानून) के खंड 195.1 के तहत वेतन की दर और वेतन चुकाने के दिन का नोटिस और स्वीकृति

1. नियोक्ता संबंधी जानकारी

नाम:

डूइंग बिज़नेस ऐज़ (DBA, इसके रूप में
व्यवसाय करते हैं) नाम:

FEIN (वैकल्पिक):

वास्तविक पता:

डाक पता:

फ़ोन:

2. नोटिस दी गई:

- नियुक्ति के समय
 वेतन दरों, दावा किए गए भत्ते या वेतन दिवस
में बदलाव से पहले

नोट: लिव-इन कर्मचारियों को हर 24 घंटे की अवधि में,
कम से कम 13 घंटे का भुगतान किया जाना चाहिए,
बशर्ते कि उन्हें 8 घंटे सोने का समय मिले, जिसमें 5 घंटे
की निर्बाध नींद और 3 घंटे का भोजन अवकाश शामिल
है। अगर कोई कर्मचारी लगातार 5 घंटे सो नहीं पाते हैं,
तब भी उन्हें पूरे 8 घंटे की तनख्वाह मिलती है। अगर
कर्मचारी को ड्यूटी के दौरान भोजन अवकाश नहीं
दिया जाता है, तो कर्मचारी को भोजन के लिए निर्दिष्ट
पूरे 3 घंटे के लिए भुगतान किया जाना चाहिए।

3. हरेक प्रकार के कार्य शिफ्ट के लिए कर्मचारी की वेतन दर (दरें):

इसके लिए डॉलर _____ प्रति घंटा _____

इसके लिए डॉलर _____ प्रति घंटा _____

इसके लिए डॉलर _____ प्रति घंटा _____

3a. वेतन समता दर (दरें):

नियमित वेतन के लिए डॉलर _____ प्रति घंटा _____

अतिरिक्त वेतन के लिए डॉलर _____ प्रति घंटा _____

पूरक वेतन के लिए डॉलर _____ प्रति घंटा _____

4. भत्ता:

- कोई नहीं
 सलाह _____ प्रति घंटा _____
 भोजन _____ प्रति भोजन _____
 निवास _____
 अन्य _____

5. नियमित वेतन दिवस: _____

6. वेतन है:

- साप्ताहिक
 सप्ताह में दो बार
 अन्य: _____

7. हरके प्रकार के काम या शिफ्ट के लिए ओवरटाइम भुगतान की दर (दरें):

एकल भुगतान दर: डॉलर _____ प्रति घंटा _____
कुछ अपवादों को छोड़कर, यह कर्मचारी की नियमित
दर का कम से कम 1½ गुना होना चाहिए।

वेतन समानता भुगतान दर: डॉलर प्रति घंटा _____
कुछ अपवादों को छोड़कर, यह कर्मचारी की नियमित
दर का कम से कम 1½ गुना होना चाहिए।

एकाधिक भुगतान दर: डॉलर प्रति घंटा _____ यह
कुछ अपवादों को छोड़ कर यह कर्मचारी के
साप्ताहिक भारित औसत एकाधिक वेतन दर का कम
से कम 1½ गुना होना चाहिए।

कर्मचारी की स्वीकृति:

मुझे इस तिथि को वेतन दर, ओवरटाइम दर (अगर
पात्र हो), भत्ते, पूरक और निर्दिष्ट वेतन दिवस के बारे में
बताया गया है। मैंने अपने नियोक्ता को बताया है कि
मेरी मुख्य भाषा कौनसी है।

मेरी मुख्य भाषा है

_____ और मुझे
अपनी मुख्य भाषा में वेतन से संबंधित सूचना दी गई है।

_____ कर्मचारी का नाम प्रिंट करें

_____ कर्मचारी के हस्ताक्षर

_____ तिथि

_____ तैयार करने वाले का नाम और पद

**कर्मचारी को इस फॉर्म की एक हस्ताक्षरित प्रति
मिलनी चाहिए। नियोक्ता को मूल दस्तावेज़ 6 सालों
तक रखना होगा।**

कृपया नोट करें: संरक्षित वर्ग की स्थिति वाले कर्मचारी के
लिए यह गैर-कानूनी है कि संरक्षित वर्ग स्थिति वाले कर्मचारी
को कम भुगतान किया जाए, यदि वे पर्याप्त रूप से समान
कार्य कर रहे हैं। नियोक्ता भी कर्मचारियों को अपने
सहकर्मियों से बेतन करे बारे में बातचीत करने पर भी प्रतिबंध
नहीं लगा सकते हैं।

*वेतन समानता पूरक सूचना पेज 2 अटैच करें।

वेज पैरिटी होम केयर एंड के लिए LS 62 सूचना- (जारी)
होम केयर एंड की न्यूनतम दर का लाभ वाला हिस्सा। कुल क्षतिपूर्ति

	प्रति घंटा की दर	पूरक का प्रकार	प्रदाता का नाम व पता	अनुबंध/योजना की जानकारी
पूरक संख्या	डॉलर XXX	(पेंशन, कल्याण या अन्य)	लाभ प्रदान करने वाली कंपनी या संगठन का नाम और पता डालें	उस प्लान या अनुबंध की पहचान करें, जिससे लाभ मिले, उदाहरण के लिए, संघ स्थानीय संख्या 1 सामूहिक सौदेबाज़ी अनुबंध या बीमा कंपनी एक्स लाभ योजना
पूरक संख्या 1				
पूरक संख्या 2				
पूरक संख्या 3				

*यदि मजदूरी के पूरक का भुगतान कई टैफ्ट-हार्टले (Taft-Hartley) बहु-नियोक्ता योजनाओं के लिए एकल भुगतान के रूप में किया जाता है, तो केवल निम्नलिखित को सूचीबद्ध करें: (1) पूरक या लाभ पैकेज के लिए कुल भुगतान; (2) पैकेज में शामिल लाभों के प्रकार, उदाहरण के लिए, पेंशन, स्वास्थ्य और कल्याण, या अन्य; (3) उस इकाई का नाम और पता जिसे भुगतान भेजा गया है; और (4) प्रासंगिक CBA या अनुबंध के रूप में सहमति पत्र।

कोई भी अतिरिक्त लाभ सूचीबद्ध करें और इस दस्तावेज़ के साथ सूची संलग्न करें।

उपरोक्त सूचीबद्ध समझौतों या विवरण की प्रतियां इनकी ओर से प्राप्त की जा सकती हैं:

कर्मचारी की स्वीकृति:

इस दिन, मुझे मेरे वेतन की दर, ओवरटाइम की दर, भत्ते और पूरक/लाभ के बारे में बताया गया है।
और इस निर्दिष्ट तिथि के लिए इस फॉर्म (LS 62) और इस परिशिष्ट में फॉर्म पर दिए गए निर्दिष्ट भुगतान दिवस निम्नानुसार हैं।

मेरी मुख्य भाषा है _____ और मुझे अपनी मुख्य भाषा में सूचना दी गई है। हां नहीं

कर्मचारी का नाम (प्रिंट): _____

कर्मचारी के हस्ताक्षर: _____ हस्ताक्षर की तिथि: _____

तैयार करने वाले का नाम और पद: _____