



工资标准和发薪日通知与确认书
依据《纽约州劳工法》第 195.1 条规定
(家庭护理助手同工同酬与其他工作)

1. 雇主信息

姓名(名称):

经营(DBA)名称:

FEIN(选填):

实体地址:

邮寄地址:

电话:

3a. 同工同酬薪资:

常规薪资: \$_/小时
额外薪资: \$_/小时
补助薪资: \$_/小时*

4. 津贴:

- 无
小费 ___/小时
餐食 ___/餐
住宿 ___
其他 ___

5. 定期发薪日: _____

6. 发薪方式:

- 每周
双周
其他: _____

7. 每种工作或班次的加班薪资:

单一薪资标准: \$_____ 每小时
除少数例外, 此项必须为劳动者正常薪资的至少 1.5 倍。

同工同酬薪资: \$_____ 每小时
除少数例外, 此项必须为劳动者正常薪资的至少 1.5 倍。

多重薪资标准: \$_____ 每小时
除少数例外, 此项必须为劳动者当周多项薪资加权平均数的至少 1.5 倍。

8. 员工确认:

今已收到关于本人工资标准、加班工资(如符合条件)、津贴补助以及指定发薪日的通知。本人已将本人所使用的主要语言告诉雇主。

我的主要语言是

且本人收到了这份以本人主要语言书写的工资通知单。

印刷体员工姓名

员工签名

日期

填表人姓名和职务

雇员须获得一份本表格的签字副本。雇主须保存原件 6 年。

请注意: 如果一位受保护类别的员工与一位非受保护类别的员工完成实质相同的工作, 但前者报酬低于后者, 则属于违法。同时, 雇主不得禁止员工与同事讨论薪资问题。

*补助同工同酬通知请见第 2 页。

2. 通知交予时间:

- 招聘时
工资变动之前, 津贴申领或发薪日

注意: 住宿员工每 24 小时应获得至少 13 小时的薪资, 且应保证其有 8 小时的睡眠, 其中包括五个小时无打扰的睡眠以及 3 小时的用餐休息时间。如果员工未获得 5 小时的无打扰睡眠, 则应获得 8 小时的全薪。如果员工未获得用餐休息, 则应获得用餐时间 3 小时的全薪。

3. 雇员每种班次的薪资:

\$/小时: _____
\$/小时: _____
\$/小时: _____

LS 62 家庭护理助手同工同酬通知 - (续)
家庭护理助手总补助最低薪资的福利部分

| | 每小时标准 | 类型 补助 | 服务提供者的 名称和地址 | 协议/ 计划信息 |
|----------|--------|-----------------|------------------------|--|
| 补助 编号 | \$ XXX | (养老金、福利 或其他) | 填写提供福利的公司或组织 的名称和地址 | 说明产生福利的计划或协议，例如，工会 1 号集 体谈判协议或保险 公司 X 福利计划 |
| 补助 1 | | | | |
| 补助 2 | | | | |
| 补助 3 | | | | |

*如果工资补贴作为应付款项一次性支付给多个 **Taft-Hartley** 多雇主计划，仅列出下列项：(1) 补贴或福利套餐的总支付金额；(2) 包含在套餐中的福利类型，例如，养老金、健康和福利或其他；(3) 接受款项支付的实体名称和地址；以及 (4) 相关 CBA 或同意书作为协议。

列出任何额外的福利并附于本文件列表中。

上述协议或摘要的副本可由以下人士取得：

员工确认：

今已在下述所列日期向我本人通知薪资标准、加班薪资、津贴、补助金/福利以及指定发薪日，附于本表(LS 62)及本附录。

我的主要语言是 _____。本人已收到使用本人的主要语言书写的此通知 是 否。

雇员的姓名（印刷体）： _____

雇员签名： _____ 签名日期： _____

填表人姓名和职务： _____