

Office Use Only:	
LS ID	_____
LCM	_____
PV	Priority _____
Taken by	_____
Date	___ / ___ / ___

Formulaire de plainte sur les normes du travail

Utilisez ce formulaire pour réclamer des salaires impayés, des déductions illégales, des compléments de salaire, le salaire minimum, des heures supplémentaires, l'absence de période de repas, etc.

Remarque : Ce formulaire de plainte est disponible dans d'autres langues en dehors de l'anglais. Toute personne travaillant dans l'État de New York peut déposer une plainte auprès du département du travail de l'État de New York. Assurez-vous de lire les informations sur le dépôt d'une réclamation (LS223.2) avant de remplir ce formulaire.

Veillez répondre à toutes les questions pour chaque partie relative à votre demande. Le fait de fournir des informations complètes nous aide à examiner votre plainte et à l'accepter pour enquête. Renvoyez votre formulaire rempli à l'adresse ci-dessus.

Nous vous contacterons si nous n'avons pas suffisamment d'informations pour poursuivre l'enquête ou si votre réclamation paraît invalide. Si vous avez des questions sur la façon de remplir ce formulaire, appelez le (888) 469-7365.

Nous ne pouvons pas accepter les demandes de salaire ou de supplément suivantes :

- Pour les travaux effectués en dehors de l'État de New York.
- De toute personne employée dans une capacité administrative, exécutive ou professionnelle qui gagne plus de 900 \$ bruts par semaine (ils sont exclus de la couverture en vertu des articles 190[7] et 198-c[3]).
- Des personnes employées par une entité publique telle qu'une ville, un comté ou une municipalité.
- De la part d'individus qui sont en affaires pour eux-mêmes.
- Pour les travaux effectués dans le cadre d'un projet de travaux publics (utiliser le formulaire PW-4).

Partie 1. Personne qui soumet la réclamation (Renseignements sur l'employé/le plaignant)

1. Nom : (prénom) _____ (deuxième prénom) _____ (nom de famille) _____
2. Autre nom connu dans le cadre du travail : _____
3. Adresse postale : _____ Appt. _____ Ville : _____
Comté : _____ État : _____ Code zip : _____
4. Téléphone : (____) ____ - _____ 5. Autre téléphone : (____) ____ - _____
6. Adresse électronique : _____
7. Votre langue maternelle/préférée : _____

Partie 2. Réclamation déposée contre (Informations sur l'entreprise/le propriétaire de l'entreprise)

- 8a. Nom de l'entreprise : _____
- 8b. Nom légal (si différent) : _____
- 8c. Type d'entité juridique : Individuel LLC Partenariat Entreprise Autre : _____

- 8d. Adresse postale : _____ FI/ Rm/ Numéro de suite : _____ Ville : _____
Comté : _____ État : _____ Code postal : _____
- 8e. Téléphone de l'entreprise : (____) _____ - _____ 8f. Email : _____
- 9a. Nom(s) et titre(s) du (des) propriétaire(s) : _____
- 9b. Adresse postale : _____ N° d'appt : _____ Ville/village : _____
Comté : _____ État : _____ Code zip : _____
- 9c. Téléphone du propriétaire : (____) _____ - _____ 9d. E-mail : _____
10. Type d'activité : restaurant magasin de vente au détail aide ménagère construction
bureau autre : _____
11. Heures d'ouverture des bureaux : _____ 12. Nombre total de salariés : _____
- 13a. L'entreprise est-elle toujours en activité ? Oui Non
- 13b. Si « Non », quand l'entreprise a-t-elle fermé ? _____
14. Nom et adresse de la banque de l'employeur (joindre une copie du chèque ou du talon de chèque) :

15. L'employeur a-t-il fait faillite ? Oui Non Inconnu

Partie 3. Personne qui soumet la réclamation (renseignements sur l'emploi)

16. Votre titre professionnel : _____
17. Type de travail que vous avez effectué : _____
18. Date d'embauche : ____ / ____ / ____
19. Nom et titre de la personne qui vous a embauché : _____
20. Nom(s) de votre responsable/superviseur/contremaître : _____
21. Nom de la personne qui a versé votre salaire : _____
22. Adresse du lieu de travail : _____ FI/Rm/N° de bureau : _____ Ville : _____
Comté : _____ État : _____ Code Zip : _____
23. Voyagez-vous régulièrement en dehors de l'État de New York pour votre travail ? Oui Non
24. Votre rapport aux affaires : Toujours en poste Renvoyé Démission Mise à pied temporaire
- 25a. Dernier jour de travail : ____ / ____ / ____ 25b. Motif du départ : _____
- 26a. Étiez-vous membre d'un syndicat ? Oui Non
- 26b. Si « Oui », nom du syndicat et numéro de la section locale : _____
- 27a. Votre taux de rémunération : _____ (en dollars) (\$) par
Jour Semaine Heure Autres : _____
- 27b. Votre taux de rémunération des heures supplémentaires : _____ (en dollars) (\$)
- 28a. Receviez-vous régulièrement des pourboires ? Oui Non

A. Type d'avantage dû	B. Période de temps où l'avantage est acquis	C. Date d'échéance du paiement des avantages	D. Montant des avantages dû	E. Montant du paiement des avantages dû	F. Avantages promis par h
Ex. Vacances rémunérées	du 1/1/16 au 31/12/16	01/01/17	1 semaine	700 \$	<input checked="" type="checkbox"/> politique écrite <input type="checkbox"/> promesse verbale
					politique écrite promesse verbale
					politique écrite promesse verbale
					politique écrite promesse verbale
G. Total					

Partie 7. Réclamation de salaire minimum ou d'heures supplémentaires impayés

Remplissez cette section si vous avez été payé en dessous du salaire horaire minimum de l'État et/ou si vous n'avez pas été payé pour des heures supplémentaires, ou si vous avez droit à une rémunération supplémentaire pour avoir travaillé en deux équipes dans la même journée, ou pour avoir travaillé plus de 10 heures dans la même journée. La plupart des employés doivent être payés au moins au salaire minimum et à temps et la moitié s'ils travaillent plus de 40 heures par semaine.

35a. Êtes-vous payé au salaire minimum pour chaque heure travaillée ? Oui Non

35b. Êtes-vous payé à temps et 14 pour les heures travaillées au-delà de 40 heures ? Oui Non

35c. Recevez-vous un salaire pour les heures travaillées au-delà de 40 heures ? Oui Non

35d. Si « oui », combien par heure ? _____

35e. Êtes-vous rémunéré(e) pour une heure supplémentaire si vous travaillez en deux équipes dans la même journée ou si vous travaillez plus de 10 heures dans la même journée ? Oui Non

35f. Si vous avez répondu par « Non » à l'une des questions ci-dessus, veuillez expliquer et remplir l'horaire de votre semaine de travail ci-dessous :

A. Jour ouvrable	B. Heure de début de la journée de travail	C. Heure de fin de la journée de travail	D. Pause repas	E. Total des heures
Exemple	10 h 00	11 h 00	30 min	12,5 heures
Dimanche	h	h		
Lundi	h	h		
Mardi	h	h		
Mercredi	h	h		
Jeudi	h	h		
Vendredi	h	h		
Samedi	h	h		
F. Total hebdomadaire				

36a. Les heures de travail énumérées ci-dessus sont-elles les mêmes chaque semaine ? Oui Non

36b. Si « Non », veuillez fournir votre estimation du nombre moyen d'heures travaillées par semaine :

36c. Avez-vous droit à une indemnité de rappel au travail ou à une indemnité d'entretien de l'uniforme ?

Oui Non Si oui, veuillez expliquer et fournir des dates. _____

36d. Gamme de revendications : Sur quelle période porte votre réclamation concernant le salaire minimum ou les heures supplémentaires ?

Date du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___

36e. Fournissez des informations sur vos taux de rémunération réguliers et pour les heures supplémentaires pendant la période de réclamation ci-dessus.

De : ___ / ___ / ___ à : ___ / ___ / ___

Régulier : _____ \$ par _____ Heures supplémentaires : _____ \$ par _____

De : ___ / ___ / ___ à : ___ / ___ / ___

Régulier : _____ \$ par _____ Heures supplémentaires : _____ \$ par _____

De : ___ / ___ / ___ à : ___ / ___ / ___

Régulier : _____ \$ par _____ Heures supplémentaires : _____ \$ par _____

Partie 8. Plainte non salariale

Cochez les cases qui s'appliquent si vous souhaitez déposer une plainte non liée au salaire. Cochez toutes les cases qui s'appliquent. Veuillez expliquer et fournir une feuille supplémentaire si nécessaire.

L'employeur a omis de :

37a. Accorder une pause repas de 30 minutes _____

Avez-vous été payé pour le temps travaillé lorsque l'employeur n'a pas accordé la pause repas ?

Oui Non

37b. Fournir une attestation de salaire (fiche de paie) _____

37c. Accorder un jour de repos _____

37d. Fournir une communication sur le taux de rémunération avec toutes les informations nécessaires

37e. Prévoir l'accumulation des congés maladie payés obligatoires de l'État de New York _____

37f. Afficher les avis requis/affiche sur le salaire minimum _____

37g. Respecter les règles relatives à l'emploi des mineurs (moins de 18 ans) _____

37h. Autres _____

Partie 9. Motif de la réclamation

38a. Avez-vous demandé votre salaire ? Oui Non

38b. Si la réponse est « oui », veuillez expliquer. À qui et quand avez-vous demandé, et que s'est-il passé ?

38c. Avez-vous déjà pris des mesures, telles que le dépôt d'une plainte auprès de la cour des petites créances ou d'une action en justice, pour récupérer vos salaires ? Oui Non

38d. Si la réponse est « oui », veuillez expliquer : _____

Partie 10. Assistance en matière de réclamation

39a. Avez-vous un représentant (par exemple, un avocat privé, un groupe de défense) ? Oui Non

39b. Si « Oui », indiquez le nom de la personne ou du groupe : _____

39c. Ce représentant vous a-t-il aidé à déposer cette demande ? Oui Non

39d. Avez-vous payé, ou prévoyez-vous de payer, ce représentant ? Oui Non

39e. Voulez-vous que nous parlions de votre demande à ce représentant ? Oui Non

Si oui, les mandataires doivent soumettre une lettre de représentation (LS 11).

39f. Est-ce que quelqu'un, autre que le représentant, vous a aidé à remplir ce formulaire ? Oui Non

39g. Si « oui », qui vous a aidé et pourquoi ? _____

Autres commentaires/Informations utiles :

En soumettant cette réclamation, vous reconnaissez et comprenez que le NYSDOL, à la discrétion de l'autorité du commissaire au travail, évaluera votre réclamation en vue d'une enquête, déterminera l'étendue de l'enquête pour toute réclamation retenue et traitera les réclamations aussi rapidement que possible. Le suivi des réclamations et la résolution des violations seront déterminés par le Commissaire du travail.

Je certifie que les informations ci-dessus sont vraies à ma connaissance et je reconnais qu'il existe des sanctions pour les fausses déclarations. J'autorise le Commissaire du travail, ses adjoints ou agents à recevoir, endosser mon nom, et déposer sur le compte du Commissaire du travail tout chèque ou mandat à mon nom en paiement de cette réclamation. J'informerai le Département du travail de l'État de New York si mes coordonnées changent.

Signature du demandeur

_____/_____/_____
Date

Renvoyez votre formulaire rempli à l'adresse ci-dessus.