

Modulo di reclamo presso la Division of Labor Standards

Usa il modulo per richiedere stipendi non pagati, deduzioni illegali, supplementi della retribuzione, salario minimo, straordinari, periodi senza pasti, ecc.

Nota: Questo modulo di reclamo è disponibile in lingue diverse dall'inglese. Qualsiasi persona che lavori nello Stato di New York può presentare reclamo al Dipartimento del Lavoro dello Stato di New York. Assicurati di ottenere informazioni sulle modalità di presentazione dei reclami (LS 223.2) prima di compilare il modulo.

Rispondi a tutte le domande di ogni sezione rilevante per il tuo reclamo. L'inserimento di informazioni complete ci aiuta a riesaminare il reclamo e autorizzarlo per le indagini. Restituisci il modulo compilato all'indirizzo sopra indicato.

Se le informazioni in nostro possesso non risulteranno sufficienti o se il reclamo risultasse non valido, ti contatteremo. Se hai domande sulla compilazione del modulo, telefona al (888) 469-7365.

Non possiamo accettare le seguenti domande per stipendi o supplementi:

- Per lavori svolti fuori dallo Stato di New York.
- Da qualsiasi persona che abbia rivestito posizioni amministrative, dirigenziali o professionali e abbia percepito più di 1300 \$ lordi a settimana (è esclusa dalla copertura ai sensi delle Sezioni 190[7] e 198-c[3]).
- Da persone assunte da enti pubblici, come paesi, contee o città.
- Da soggetti che lavorano per se stessi.
- Per lavori svolti nell'ambito di progetti di lavoro pubblici (usare il modulo PW-4).

Sezione 1. Persona che presenta reclamo (Dati dipendente/reclamante)

1. Nome:(nome) (secondo nome) (cognome)
2. Altro nome con cui sei noto/a sul lavoro:
3. Indirizzo postale: N.: Strada: N. app.
Città/paese: Contea: Stato: Codice postale:
4. Telefono: () 5. Altro telefono:()
6. E-mail: 7. Lingua preferita/primaria:

Sezione 2. Soggetto contro cui viene presentato reclamo (dati azienda/titolare)

- 8a. Nome azienda:
- 8b. Nome legale (se differente):
- 8c. Tipo di entità legale: Impresa individuale LLC Partnership Società per azioni Altro:
- 8d. Indirizzo postale: N.: Strada: N. piano/stanza/suite:
Città/paese: Contea: Stato: Codice postale:
- 8e. Telefono di lavoro: () 8f. E-mail:

Sezione 4. Reclamo per retribuzioni non versate

Compila questa sezione se ti sono dovute retribuzioni (vedi Sez. 6 se ti sono dovuti straordinari). Usa una riga per ogni settimana. Per retribuzione lorda, si intende l'importo percepito al lordo di tasse e deduzioni. Allega fogli separati per le settimane aggiuntive o per fornire altre informazioni.

| A. Data termine settimanale di lavoro | B. Giorni lavorati nella settimana | C. Ore lavorate nella settimana | D. Retribuzione (percepita o promessa) | E. Non regolare Trattenute dallo stipendio (ad es. sanzioni, danni, ecc.) | F. Stipendio lordo dovuto per la settimana | G. Stipendio lordo pagato (Scrivi l'importo qui se il datore ha pagato parzialmente lo stipendio) | H. Differenza tra stipendio lordo dovuto e stipendio lordo pagato |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|---|---|---|--|--|
| Es.: 4/4/2017 | 7 | 35 | \$ 16,00 all'ora | | \$ 560 (CxD) | \$ 0 | \$ 560 (F-G) |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| I. Totale | | | | | | | |

33a. Se l'assegno non è stato onorato dalla banca, indica il numero dell'assegno e la data di termine della settimana di pagamento. Se disponibile, fornisci una copia dell'assegno:

33b. Periodo del reclamo: A quale periodo fa riferimento il tuo reclamo per la retribuzione?

Data da: _____ a: _____

Sezione 5. Congedo per malattia non retribuito

Compila questa sezione per il congedo retribuito per malattie che ti è dovuto. La Sezione 196-b della Legge sul lavoro dello Stato di New York impone ai datori di lavoro con cinque o più dipendenti o con entrate nette superiori a 1 milione di dollari di prevedere congedi retribuiti per malattia ai dipendenti. Il 30 settembre 2020, i dipendenti rientranti nella copertura nello Stato di New York hanno iniziato a maturare i periodi di aspettativa nella misura di un'ora per ogni 30 ore di lavoro. Dal 1° gennaio 2021, i dipendenti potranno iniziare a usufruire del congedo maturato.

| A. Periodo congedo per malattia maturato | B. Quantità congedo per malattia maturato | C. Date di fruizione congedo per malattia | D. Congedi e permessi retribuiti dovuti | E. Retribuzione regolare | F. Importo pagamento indennità dovuto |
|---|--|--|--|-----------------------------|--|
| Es.: 30/9/20 - 8/1/21 | 16,5 ore | 11/1/21 | 8 ore | \$ 20/ora | \$ 160 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| G. Totale | | | | | |

Sezione 6. Reclamo per integrazioni salariali non versate

Compila questa sezione per i supplementi che ti sono dovuti. I supplementi sono indennità accessorie promesse dal datore di lavoro, come pagamenti per ferie, spese e festività, ecc.

34. Descrivi i pagamenti promessi o allega una copia della policy o del manuale:

| A. Tipo di indennità dovuta | B. Periodo conseguimento indennità | C. Data scadenza pagamento indennità | D. Periodo di indennità dovuta | E. Importo del pagamento indennità dovuta | F. Integrazione salariale promessa da: |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---|---|
| Es.: Ferie retribuite | 1/1/16-31/12/16 | 1/1/17 | 1 settimana | \$ 700 | <input checked="" type="checkbox"/> policy scritta <input type="checkbox"/> promessa verbale |
| | | | | | <input type="checkbox"/> policy scritta <input type="checkbox"/> promessa verbale |
| | | | | | <input type="checkbox"/> policy scritta <input type="checkbox"/> promessa verbale |
| | | | | | <input type="checkbox"/> policy scritta <input type="checkbox"/> promessa verbale |
| G. Totale | | | | | |

Sezione 7. Reclamo per salario minimo o straordinari non pagati

Compila questa sezione se hai ricevuto una retribuzione inferiore alla retribuzione oraria minima statale e/o non hai ricevuto gli straordinari, o se devi ricevere altri pagamenti per aver lavorato 2 turni in un giorno o più di 10 ore al giorno. La maggior parte dei dipendenti deve ricevere una retribuzione pari al 150% della retribuzione minima se lavora per più di 40 ore a settimana.

35a. Ricevi il salario minimo per ogni ora lavorata? Sì No

35b. Riceve un pagamento pari al 150% per le ore lavorate oltre 40 ore? Sì No

35c. Ricevi qualche tipo di retribuzione per il lavoro svolto oltre le 40 ore? Sì No 35d. Se "sì", quanto all'ora?

35e. Ricevi il pagamento di un'ora in più se lavori per 2 turni in un giorno o se lavori più di 10 ore in un giorno?

Sì No

35f. Se hai risposto "No" a una qualsiasi delle domande precedenti, fornisci una spiegazione e compila la seguente tabella della tua settimana lavorativa

| A. Giorno di lavoro | B. Ora inizio giorno di lavoro | C. Ora fine giorno di lavoro | D. Tempo di pausa per pasti | E. Ore totali |
|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------|
| Esempio | 10:00 | 23:00 | 30 min | 12,5 ore |
| Domenica | : | : | | |
| Lunedì | : | : | | |
| Martedì | : | : | | |
| Mercoledì | : | : | | |
| Giovedì | : | : | | |
| Venerdì | : | : | | |
| Sabato | : | : | | |
| F. Totale settimanale | | | | |

- 36a. Le ore di lavoro sopra indicate sono le stesse ogni settimana? Sì No
- 36b. Se "No", fornisci la stima del numero medio di ore di lavoro settimanali
- 36c. Devi ricevere pagamenti per lavoro a chiamata o per la manutenzione delle uniformi? Se sì, descrivi e indica le date.
- 36d. Periodo del reclamo: Quale periodo riguarda il tuo reclamo per salario minimo o straordinari?
Data da: _____ a: _____
- 36e. Fornisci informazioni sulla retribuzione regolare e sugli straordinari durante il periodo del reclamo di cui sopra.
Data da: _____ a: _____
Regolare: \$ _____ per _____ Straordinari: _____ per _____
Data da: _____ a: _____
Regolare: \$ _____ per _____ Straordinari: _____ per _____
Data da: _____ a: _____
Regolare: \$ _____ per _____ per _____

Sezione 8. Reclamo non legato alla retribuzione

Seleziona tutte le opzioni applicabili se intendi presentare un reclamo non correlato alla retribuzione. Seleziona tutte le risposte applicabili.

Descrivi e allega un foglio aggiuntivo se necessario.

Il datore di lavoro ha omesso di:

- 37a. Fornire un periodo di 30 minuti per i pasti _____
Ricevevi una retribuzione per il tempo lavorato quando il datore non prevedeva la pausa per i pasti? Sì No
- 37b. Fornire un'attestazione della retribuzione (cedolino) _____
- 37c. Fornire un giorno di riposo _____
- 37d. Fornire una comunicazione sulla retribuzione corredata di tutte le informazioni obbligatorie _____
- 37e. Prevedere la maturazione del congedo per malattia imposta dallo Stato di New York _____
- 37f. Affiggere le notifiche e i poster sul salario minimo necessari _____
- 37g. Rispettare le regole sul lavoro minorile (meno di 18 anni) _____
- 37h. Altro: _____

Sezione 9. Contesto del reclamo

- 38a. Hai richiesto la tua retribuzione? Sì No
- 38b. Se "Sì", descrivi. Spiega quando e a chi e cosa è accaduto.
- _____
- _____

- 38c. Hai già intrapreso altre azioni, come rivolgerti a tribunali per piccole controversie o intentare causa, per recuperare i tuoi stipendi?
 Sì No
- 38d. Se "Sì", descrivi. _____

Sezione 10. Assistenza per il reclamo

- 39a. Disponi di un rappresentante (come un avvocato privato o un gruppo di rappresentanza)? Sì No
- 39b. Se "Sì", scrivi il nome della persona o del gruppo:
- 39c. Tale rappresentante ti ha assistito per la presentazione del reclamo? Sì No
- 39d. Hai pagato o prevedi di pagare questo rappresentante? Sì No
- 39e. Desideri che parliamo con questo rappresentante in merito al tuo reclamo? Sì No
In caso affermativo, il rappresentante deve inviare una Lettera per la rappresentanza (LS 11).
- 39f. Hai ricevuto assistenza per la compilazione di questo modulo da soggetti diversi da tale rappresentante? Sì No
- 39g. Se "Sì", chi ti ha aiutato e perché lo ha fatto?

Altri commenti/informazioni utili:

Presentando una richiesta di risarcimento, riconosci e comprendi che il NYSDOL, a discrezione dell'autorità del Commissario del Lavoro, valuterà la tua richiesta di risarcimento, determinerà la portata dell'indagine su qualsiasi richiesta di risarcimento accettata e risolverà le richieste di risarcimento nel modo più rapido possibile. La disposizione dei reclami e la risoluzione delle violazioni saranno stabilite dal Commissario del Lavoro.

Attesto che le informazioni sopra riportate sono vere in base alle mie conoscenze; sono inoltre consapevole che sono previste sanzioni in caso di dichiarazioni false. Autorizzo il Commissario del lavoro, i vice o gli agenti a ricevere, avallare sul mio nome e depositare sul conto del Dipartimento del Lavoro qualsiasi assegno o vaglia emesso a mio nome come pagamento correlato a questo reclamo. Comunicherò al Dipartimento del Lavoro dello Stato di New York le eventuali variazioni dei miei dati di contatto.

Firma del reclamante

Data

Restituisci il modulo compilato all'indirizzo a Pagina 1.