

Formularz reklamacji Labor Standards

Użyj tego formularza, aby ubiegać się o niezapłacone wynagrodzenie, nielegalne potrącenia, dodatki do pensji, minimalne wynagrodzenie, nadgodziny, brak przerwy na posiłki itp.

Uwaga: Formularz jest dostępny w językach innych niż angielski. Osoby pracujące w Stanie Nowy Jork mogą wysłać skargę do Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork. Przed wypełnieniem niniejszego formularza przeczytaj Informacje na temat składania reklamacji (LS223.2).

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania dotyczące każdej części związanej z reklamacją. Podanie pełnych informacji pomoże nam przeanalizować Twoją skargę i przyjąć ją do weryfikacji. Wypełniony formularz należy przesłać na powyższy adres.

Skontaktujemy się z Tobą, jeśli nie będziemy mieć wystarczających informacji, aby kontynuować lub jeśli Twoja reklamacja okaże się nieuzasadniona. Jeśli masz pytania dotyczące tego, jak wypełnić niniejszy formularz, zadzwoń pod numer (888) 469-7365.

Nie przyjmujemy reklamacji dotyczących wynagrodzenia lub dodatków do pensji w następujących sytuacjach:

- W przypadku pracy wykonywanej poza Stanem Nowy Jork.
- Od osób, które pracowały na stanowisku wykonawczym, administracyjnym lub zawodowym i zarabiały ponad 1300 dolarów tygodniowo (są wyłączone z zakresu ochrony na podstawie Sekcji 190[7] i 198-c[3]).
- Od osób zatrudnionych przez podmiot rządowy, np. miasto, hrabstwo lub miasteczko.
- Od osób prowadzących działalność gospodarczą we własnym imieniu.
- Od osób wykonujących pracę publiczną (skorzystać w formularza PW-4).

Część 1. Osoba składająca reklamację (Informacje na temat pracownika/osoby składającej reklamację)

1. Imię:(pierwsze) _____ drugie _____ (Nazwisko)
2. Inne nazwisko używane w pracy: _____
3. Adres korespondencyjny: Nr _____ Ulica: _____ # mieszk. _____
Miasto/miejscowość: _____ Hrabstwo: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____
4. Telefon () _____ 5. Numer innego telefonu:() _____
6. E-mail: _____ 7. Język podstawowy/preferowany: _____

Część 2. Reklamacja składana przeciwko (Informacje na temat firmy/przedsiębiorcy)

- 8a. Nazwa firmy: _____
- 8b. Nazwa prawna (jeśli jest inna): _____
- 8c. Typ podmiotu prawnego: Jednoosobowa działalność gospodarcza Sp. z o.o. Spółka osobowa
 Korporacja Inny: _____

- 8d. Adres korespondencyjny: Nr: Ulica: Nr piętra/biura/siedziby:
Miasto/miejscowość: Hrabstwo: Stan: Kod pocztowy:
- 8e. Telefon służbowy: () 8f. E-mail:
- 9a. Nazwisko i stanowisko właściciela/właścicieli:

- 9b. Adres korespondencyjny: Nr: Ulica: # mieszk.
Miasto/miejscowość: Hrabstwo: Stan: Kod pocztowy:
- 9c. Telefon właściciela: () 9d. E-mail:
10. Typ przedsiębiorstwa: restauracja sklep detaliczny pomoc domowa firma budowlana biuro inne:
11. Godziny pracy: 12. Łączna # pracowników:
- 13a. Czy firma nadal działa? Tak Nie 13b. Jeśli odpowiedź brzmi „nie”, kiedy firma została zamknięta?
14. Nazwa i lokalizacja banku pracodawcy (dołączyć kopię czeku lub odcinka wypłaty):
15. Czy pracodawca złożył wniosek o upadłość? Tak Nie Nie wiem

Część 3. Osoba składająca reklamację (informacja o zatrudnieniu)

16. Twoje stanowisko: 17. Rodzaj wykonywanej pracy:
18. Data zatrudnienia: 19. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby, która Cię zatrudniła:
20. Imię i nazwisko Twojego kierownika/przełożonego/brygadzysty:
21. Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za wypłatę wynagrodzenia:
22. Adres miejsca pracy: Nr: Ulica: Nr piętra/biura/siedziby:
Miasto/miejscowość: Hrabstwo: Stan: Kod pocztowy:
23. Czy regularnie wyjeżdżałeś poza obszar Stanu Nowy Jork, aby pracować? Tak Nie
24. Twoje relacje z firmą: Nadal zatrudniony Zwolniony Zwolniony na własne życzenie Zwolniony tymczasowo
- 25a. Ostatni dzień pracy: 25b. Powód odejścia:
- 26a. Czy byłeś członkiem związku zawodowego? Tak Nie 26b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, nazwa i nr lokalnego związku
- 27a. Stawka wynagrodzenia: \$ na Dzień Tydzień Godzinę Inne
- 27b. Stawka za nadgodziny: \$
- 28a. Czy regularnie otrzymywałeś napiwki? Tak Nie 28b. Jeśli „tak”, ile średnio zarabiałeś za godzinę?
- 28c. Czy Twój pracodawca zatrzymywał Twoje napiwki lub napiwki innego pracownika? Nie Tak - Twoje
 Tak - innego pracownika
- 28d. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, ile? Proszę wyjaśnić:
- 29a. Kiedy wypadał dzień wypłaty? Pn Wt Śr Czw Pt Sob Nie
- 29b. Jakiego okresu dotyczył? (np. sobota-piątek)
30. Jak często otrzymywałeś wynagrodzenie? Codziennie Co tydzień Co dwa tygodnie Inne
31. W jaki sposób Twoje wynagrodzenie było wypłacane? Gotówką Czekałem Przelewem bezpośrednim
 Kartą płatniczą W sposób łączony: (proszę wyjaśnić, np. częściowo w gotówce i częściowo w formie czeku)

32a. Czy wymagano od Ciebie noszenia uniformu? Tak Nie 32b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, opisz uniform:

32c. Czy uniformy były bezpłatne? Tak Nie 32d. Jeśli odpowiedź brzmi „nie”, w jaki sposób należało zakupić uniform i ile kosztował?

Część 4. Reklamacja dotycząca niewypłaconego wynagrodzenia

Wypełnij tę sekcję, jeśli przysługuje Ci wynagrodzenie (patrz Część 6, jeśli należy Ci się wynagrodzenie za nadgodziny). Użyj jednego rzędu na każdy tydzień. Wynagrodzenie brutto oznacza kwotę zarobioną przed opodatkowaniem lub innymi potrąceniami. Dołącz osobny arkusz (arkusze) dla kolejnych tygodni lub aby podać więcej informacji.

A. Data końca tygodnia wypłaty	B. Liczba przepracowanych dni w danym tygodniu	C. Liczba przepracowanych godzin w danym tygodniu	D. Stawka wynagrodzenia (Zarobiona lub obiecana)	E. Nielegalne potrącenia od wynagrodzenia (np. grzywny, szkody itp.)	F. Wynagrodzenie brutto należne za dany tydzień	G. Wypłacane wynagrodzenie brutto (Jeśli pracodawca wypłacił część należnego wynagrodzenia, należy wpisać tę kwotę tutaj)	H. Różnica między wynagrodzeniem należnym a wypłaconym wynagrodzeniem brutto
Przykład: 4/4/2017	7	35	16,00 USD za godzinę		560 USD (CxD)	0 USD	560 USD (F-G)
I. Łącznie							

33a. Jeżeli czek nie został uonorowany przez bank, prosimy o podanie numeru czeku i daty zakończenia tygodnia rozliczeniowego. Jeśli czek jest dostępny, należy dostarczyć jego kopię:

33b. Zakres reklamacji: Jaki okres czasu obejmuje Twoja reklamacja dotycząca wynagrodzenia?

Data od:

do:

Część 5. Bezpłatne Płatne zwolnienie lekarskie

Wypełnij tę rubrykę, aby otrzymać należne Ci Płatne zwolnienie lekarskie. Sekcja 196-b Prawa Pracy Stanu Nowy Jork wymaga od pracodawców zatrudniających pięciu lub więcej pracowników lub osiągających dochód netto powyżej 1 miliona dolarów, aby zapewнили pracownikom płatne zwolnienia lekarskie. Od 30 września 2020 roku pracownikom w Stanie Nowy Jork, których dotyczy ustawa, zaczęły być naliczane zwolnienia w wymiarze jednej godziny za każde przepracowane 30 godzin. Pracownicy mogą rozpocząć korzystanie z naliczonego zwolnienia 1 stycznia 2021 roku.

A. Okres naliczania Płatnego zwolnienia lekarskiego	B. Kwota naliczonego Płatnego zwolnienia lekarskiego	C. Data/daty wykorzystania Płatnego zwolnienia lekarskiego	D. Kwota świadczenia należnego za czas	E. Regularna stawka wynagrodzenia	F. Kwota należnego świadczenia
Przykład: 9/30/20-1/8/21	16,5 godziny	1/11/21	8 godzin	20 USD/godzina	160 USD
G. Łącznie					

Część 6. Reklamacja dotycząca niezapłaconego dodatku do wynagrodzenia

Wypełnij tę rubrykę, aby otrzymać należny Ci dodatek do wynagrodzenia. Dodatki do wynagrodzenia są świadczeniami dodatkowymi obiecany przez pracodawcę, takimi jak: ekwiwalent za urlop, wydatki oraz wakacje itp.

34. Wyjaśnij obiecane świadczenia lub załącz kopię pisemnej polityki/informatora:

A. Rodzaj należnego świadczenia	B. Okres, za który przysługuje świadczenie	C. Data wypłaty należnego świadczenia	D. Kwota świadczenia należnego za czas	E. Kwota należnego świadczenia	F. Świadczenie obiecane przez:
Przykład: Ekwiwalent za wakacje	1/1/16-12/31/16	1/1/17	1 tydzień	700 USD	<input checked="" type="checkbox"/> pisemna polityka <input type="checkbox"/> obietnica ustna
					<input type="checkbox"/> pisemna polityka <input type="checkbox"/> obietnica ustna
					<input type="checkbox"/> pisemna polityka <input type="checkbox"/> obietnica ustna
					<input type="checkbox"/> pisemna polityka <input type="checkbox"/> obietnica ustna
G. Łącznie					

Część 7. Reklamacja dotycząca niezapłaconego wynagrodzenia lub wynagrodzenia za nadgodziny

Wypełnij tę sekcję, jeśli otrzymałeś wynagrodzenie poniżej stawki minimalnej stawki godzinowej i/lub nie otrzymałeś wynagrodzenia za nadgodziny, lub jeśli należy Ci się dodatkowe wynagrodzenie za pracę na 2 zmiany w ciągu jednego dnia lub za pracę powyżej 10 godzin w ciągu jednego dnia. Większość pracowników musi otrzymywać co najmniej minimalne wynagrodzenie plus półtora stawki regularnej i procentowej, jeśli pracują więcej niż 40 godzin tygodniowo.

35a. Czy otrzymujesz wynagrodzenie minimalne za każdą przepracowaną godzinę? Tak Nie

35b. Czy otrzymujesz półtora stawki regularnej, jeśli pracujesz więcej niż 40 godzin tygodniowo? Tak Nie

35c. Czy otrzymujesz wynagrodzenie za przepracowanie czasu powyżej 40 godzin? Tak Nie

35d. Jeśli „tak”, ile wynosi stawka za godzinę?

35e. Czy otrzymujesz dodatkową godzinę wolną za pracę na 2 zmiany w ciągu jednego dnia lub zawięcej niż 10 godzin w ciągu jednego dnia? Tak Nie

35f. Jeśli odpowiedź brzmi „nie” w którymkolwiek z powyższych punktów, objaśnij i wypełnij harmonogram swojego tygodnia pracy poniżej:

A. Dzień pracy	B. Godzina rozpoczęcia dnia roboczego	C. Godzina zakończenia dnia roboczego	D. Przerwa na posiłki	E. Łącznie godziny
Przykład	10:00	23:00	30 min	12,5 godziny
Niedziela	:	:		
Poniedziałek	:	:		
Wtorek	:	:		
Środa	:	:		
Czwartek	:	:		
Piątek	:	:		
Sobota	:	:		
F. Łącznie tygodniowo				

36a. Czy liczba przepracowanych godzin wymienionych powyżej jest taka sama w każdym tygodniu? Tak Nie

36b. Jeśli „nie”, podaj szacunkową średnią liczbę godzin przepracowanych w tygodniu:

36c. Czy należy Ci się wynagrodzenie za dyspozycyjność lub utrzymanie uniformu? Jeśli tak, proszę wyjaśnić i podać daty.

36d. Zakres reklamacji: Jaki okres obejmuje Twoja reklamacja dotycząca wynagrodzenia minimalnego lub wynagrodzenia za nadgodziny?

Data od: _____ do: _____

36e. Podaj informacje na temat regularnych stawek wynagrodzenia oraz stawek za nadgodziny w powyższym zakresie reklamacji.

Data od:	do:
Regularna: USD na	Nadgodziny: USD na
Data od:	do:
Regularna: USD na	Nadgodziny: USD na
Data od:	do:
Regularna: USD na	na

Część 8. Skarga niezwiązana z wynagrodzeniem

Zaznacz odpowiedzi, które mają zastosowanie, jeśli chcesz złożyć skargę niezwiązaną z wynagrodzeniem.

Zaznacz wszystkie odpowiedzi odpowiadające Twojej sytuacji.

Proszę wyjaśnić i w razie potrzeby przedłożyć dodatkowy arkusz.

Pracodawca nie:

37a. Zapewnił 30-minutowej przerwy na posiłek _____

Czy płacono Ci za czas pracy, gdy pracodawca nie zapewnił przerwy na posiłki? Tak Nie

37b. Dostarczył zestawienia wynagrodzeń (odcinka wypłaty) _____

- 37c. Zapewnił dnia odpoczynku _____
- 37d. Przedstawił powiadomienia o stawce wynagrodzenia ze wszystkimi wymaganymi informacjami _____
- 37e. Zapewnił wymaganego w Stanie Nowy Jork naliczenia płatnego zwolnienia chorobowego _____
- 37f. Opublikował wymaganego powiadomienia/plakatu dotyczącego minimalnego wynagrodzenia _____
- 37g. Przestrzegął zasad dotyczących zatrudniania osób małoletnich (poniżej 18. roku życia) _____
- 37h. Inne _____

Część 9. Podstawy reklamacji

- 38a. Czy prosiłeś o swoje wynagrodzenie? Tak Nie
- 38b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, proszę wyjaśnij. Kogo i kiedy o nie prosiłeś i co się stało?
-
-

38c. Czy podjąłeś już działania, takie jak wniesienie sprawy do sądu ds. drobnych roszczeń lub pozew, aby odzyskać swoje wynagrodzenie?

Tak Nie

38d. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, proszę wyjaśnij. _____

Część 10. Pomoc przy składaniu reklamacji

- 39a. Czy masz przedstawiciela (np. prywatnego adwokata, grupę adwokacką)? Tak Nie
- 39b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, podaj nazwisko osoby lub grupy:
- 39c. Czy ten przedstawiciel pomógł Ci przy składaniu tej reklamacji? Tak Nie
- 39d. Czy zapłaciłeś lub planujesz zapłacić temu przedstawicielowi? Tak Nie
- 39e. Czy chcesz, żebyśmy porozmawiali z tym przedstawicielem o Twojej reklamacji? Tak Nie
Jeśli tak, przedstawiciel musi przedłożyć pełnomocnictwo (LS 11).
- 39f. Czy ktoś inny niż przedstawiciel pomógł Ci w wypełnieniu tego formularza? Tak Nie
- 39g. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, kto i dlaczego Ci pomógł?

Dodatkowe komentarze/przydatne informacje:

Składając niniejsze roszczenie, przyjmujesz do wiadomości i rozumiesz, że NYSDOL, według uznania Komisarza Pracy, oceni roszczenie pod kątem rozpatrzenia, określi zakres dochodzenia w sprawie każdego przyjętego roszczenia i rozstrzygnie je tak szybko, jak to możliwe. Rozpatrywanie skarg i rozstrzyganie naruszeń będzie określane przez Komisarza Pracy.

Potwierdzam, że powyższe informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą i jestem świadomy, że za składanie fałszywych oświadczeń przewidziano kary. Upoważniam Komisarza Pracy, zastępców lub agentów do przyjmowania, potwierdzania mojego nazwiska i wpłacania na konto Komisarza Pracy wszelkich czeków lub przekazów pieniężnych wystawionych na mnie jako płatność z tytułu niniejszej reklamacji. Powiadomię Departament Pracy Stanu Nowy Jork, jeśli moje dane kontaktowe ulegną zmianie.

Podpis osoby składającej reklamację

Data

Prześlij wypełniony formularz na adres podany na stronie 1.