

Direction des normes du travail
(Division of Labor Standards)
Bureau du Campus
de l'État de Harriman
(Harriman State Office Campus)
Bâtiment 12, Porte 266B
Albany, NY 12226

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

www.labor.ny.gov

Formulaire de plainte sur l'équité salariale en matière de normes du travail Section 194

Utilisez ce formulaire pour déposer une plainte si :

Votre employeur ne vous verse pas la même rémunération qu'aux autres employés pour un travail similaire parce que vous appartenez à une classe protégée.

Un employeur doit baser les taux de rémunération sur un système d'ancienneté, un système de mérite, un système qui mesure les gains en fonction de la quantité ou de la qualité de la production, un facteur tel que l'éducation, la formation, l'expérience, ou un autre système qui ne discrimine pas les personnes appartenant à une classe protégée.

Le statut de classe protégée est l'âge, la race, la croyance, l'origine nationale, l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre, le statut militaire, le sexe, le handicap, les caractéristiques génétiques prédisposantes, le statut familial, le statut marital, le statut de victime de violence domestique, ou d'autres personnes protégées par la section 296 de la loi exécutive.

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. Les plaintes relatives aux salaires ou à d'autres questions doivent être déposées au moyen du *formulaire* [LS223](#).

Répondez à toutes les questions. Le fait de fournir des informations complètes nous aide à examiner votre plainte et à l'accepter pour enquête.

Envoyez votre formulaire rempli à l'adresse suivante :

New York State Department of Labor
Division of Labor Standards
Harriman State Office Campus
Building 12, Room 266B
Albany, NY 12226

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.

Partie 1. Personne déposant la demande (Renseignements sur l'employé/le plaignant)

1. Nom : (Prénom) _____ (Second prénom) _____ (Nom de famille) _____

2. Autre nom connu dans le cadre du travail : _____

3. Adresse postale : N° : _____ Rue : _____ Appt. _____
Ville : _____ Comté : _____ État : _____ Code postal : _____
4. Téléphone : _____ 5. Autre téléphone : _____
6. Adresse électronique : _____ 7. Votre langue maternelle/préférée : _____

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

8a. Nom commercial : _____
8b. Nom légal (si différent) : _____
8c. Type d'entité juridique : Individuel LLC Partenariat Entreprise
 Autres : _____
8d. Adresse postale : N° : _____ Rue : _____ N° Fl/Rm/Suite : _____
Ville : _____ Comté : _____ État : _____ Code postal : _____
8e. Téléphone de l'entreprise : _____ 8f. Adresse électronique : _____
9a. Nom(s) et titre(s) du (des) propriétaire(s) : _____

9b. Adresse postale : N° : _____ Rue : _____ Appt. : _____
Ville : _____ Comté : _____ État : _____ Code postal : _____
9c. Téléphone du propriétaire : _____ 9d. Adresse électronique : _____
10. Type d'activité : restaurant magasin de vente au détail aide ménagère construction
 bureau autres : _____
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 également 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 : _____ 18a. Première date de travail : _____
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 : N° : _____ Rue : _____ N° Fl/Rm/Suite : _____
Ville : _____ Comté : _____ État : _____ Code postal : _____
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 : (Veuillez expliquer votre plainte et fournir autant de détails que possible.)

26a. Votre taux de rémunération : (en dollars) (\$) _____ par Jour Semaine Heure
 Autres : _____

29a. Avez-vous été payé à un taux inférieur à celui d'un autre employé du même établissement, pour un travail égal réalisé dans des conditions de travail similaires ? Oui Non

29b. En cas de réponse affirmative, cette personne avait-elle de l'ancienneté par rapport à vous et/ou détenait-elle un niveau d'études, de formation ou d'expérience plus élevé que le vôtre ?
 Oui Non

30. Les autres employés sont-ils également victimes de discrimination ?

Veuillez expliquer : _____

Partie 4. Motif de la réclamation

30c. 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

30d. Si la réponse est « oui », veuillez expliquer : _____

Partie 5. Mesures de représailles

31a. Vous êtes-vous plaint à votre employeur de cette violation ou d'une autre violation du droit du travail ?
 Oui Non

31b. Si « Oui », que s'est-il passé ? _____

Partie 6. Assistance en matière de réclamation

32a. Avez-vous un représentant (par exemple, un avocat privé, un groupe de défense) ? Oui Non

32b. Si « Oui », indiquez le nom de la personne ou du groupe : _____

32c. Ce représentant vous a-t-il aidé à déposer cette demande ? Oui Non

32d. Avez-vous payé, ou prévoyez-vous de payer, ce représentant ? Oui Non

32e. Voulez-vous que nous parlions de votre demande à ce représentant ? Oui Non

Dans ce cas, les représentants doivent soumettre une lettre de représentation (formulaire LS 11).

32f. Est-ce que quelqu'un, autre que le représentant, vous a aidé à remplir ce formulaire ? Oui Non

32g. Si « oui », qui vous a aidé et pourquoi ?

Autres commentaires/Informations utiles :

Signature : _____

Date : _____