



Έντυπο Καταγγελίας για Ισοτιμία Αποδοχών Εργατικών Κανόνων Άρθρο 194

Χρησιμοποιήστε το παρόν έντυπο για να υποβάλετε καταγγελία εφόσον:

Ο εργοδότης σας δεν σας αμείβει ισότιμα με άλλους εργαζόμενους για παρόμοια εργασία επειδή βρίσκεστε σε καθεστώς προστατευόμενης κατηγορίας.

Ένας εργοδότης οφείλει να βασίζεται τις αμοιβές σε ένα σύστημα παλαιότητας, ένα σύστημα αξιοκρατίας, ένα σύστημα το οποίο μετρά τις αποδοχές με βάση την ποσότητα ή την ποιότητα της παραγωγής, σε έναν παράγοντα όπως η εκπαίδευση, η κατάρτιση, η εμπειρία ή σε κάποιο άλλο σύστημα το οποίο δεν εισάγει διακρίσεις έναντι εκείνων που βρίσκονται σε καθεστώς προστατευόμενης κατηγορίας.

Ως καθεστώς προστατευόμενης κατηγορίας θεωρούνται η ηλικία, η φυλή, η πίστη, η εθνική καταγωγή, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η ταυτότητα ή η έκφραση φύλου, η στρατιωτική κατάσταση, το φύλο, η αναπηρία, τα προδιαθεσιακά γενετικά χαρακτηριστικά, η οικογενειακή κατάσταση, η προσωπική κατάσταση, η κατάσταση θύματος οικογενειακής βίας, και άλλα τα οποία προστατεύονται από το Άρθρο 296 του Εκτελεστικού Νόμου.

Σημείωση: Το παρόν έντυπο είναι διαθέσιμο και σε άλλες γλώσσες εκτός των αγγλικών. Οποιοσδήποτε εργάζεται στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης έχει το δικαίωμα να υποβάλει καταγγελία στο Υπουργείο Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης. Οι καταγγελίες για μισθούς ή άλλα ζητήματα θα πρέπει να υποβάλλονται χρησιμοποιώντας το έντυπο [LS223](#).

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις. Η υποβολή πλήρους πληροφόρησης από την πλευρά σας μας βοηθά να εξετάσουμε την καταγγελία σας και να την αποδεχθούμε για διερεύνηση.

Επιστρέψτε το συμπληρωμένο έντυπό σας στη διεύθυνση: New York State Department of Labor
Division of Labor Standards
1200 Washington Avenue
Building 12, Room 266B
Albany, NY 12226

Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας εάν δεν έχουμε αρκετές πληροφορίες για να προχωρήσουμε ή εάν η αξίωσή σας φαίνεται άκυρη.

Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο συμπλήρωσης αυτού του εντύπου, καλέστε στο (888) 469-7365.

Μέρος 1. Πρόσωπο που υποβάλει αξίωση (Πληροφορίες Εργαζομένου/Καταγγέλοντα)

1. Ονοματεπώνυμο:(όνομα) _____ (δεύτερο όνομα) _____ (επώνυμο) _____
2. Άλλο όνομα με το οποίο αποκαλείται στην εργασία: _____
3. Ταχυδρομική διεύθυνση: Αρ.: _____ Οδός: _____ Διαμ. #: _____
Πόλη/κωμόπολη: _____ Κομητεία: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κώδικας: _____

4. Τηλέφωνο: _____ 5. Άλλο τηλέφωνο: _____

6. Email: _____ 7. Η κύρια/προτιμώμενη γλώσσα σας: _____

Μέρος 2. Η αξίωση υποβάλλεται εναντίον (Επιχείρηση/Πληροφορίες ιδιοκτήτη επιχείρησης)

8a. Όνομα επιχείρησης: _____

8b. Νομική επωνυμία (εάν διαφέρει): _____

8c. Τύπος νομικής οντότητας: Ατομική Εταιρεία Περιορισμένης Ευθύνης (LLC) Ομόρρυθμη Εταιρεία
 Εταιρεία Άλλο: _____

8d. Ταχυδρομική διεύθυνση: Αρ.: _____ Οδός: _____ Όροφος/Δωμάτιο/Σουίτα #: _____

Πόλη/κωμόπολη: _____ Κομητεία: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κώδικας: _____

8e. Τηλέφωνο επιχείρησης: _____ 8f. Email: _____

9a. Όνομα(-τα) και τίτλος(-οι) ιδιοκτήτη(-ών): _____

9b. Ταχυδρομική διεύθυνση: Αρ.: _____ Οδός: _____ Διαμ. #: _____

Πόλη/κωμόπολη: _____ Κομητεία: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κώδικας: _____

9c. Τηλέφωνο ιδιοκτήτη: _____ 9δ. Email: _____

10. Είδος επιχείρησης: εστιατόριο κατάστημα λιανικής οικιακή βοήθεια οικοδομικές εργασίες
 γραφείο άλλο: _____

11. Ώρες λειτουργίας επιχείρησης: _____ 12. Συνολικός αρ. εργαζομένων: _____

13a. Η εταιρεία εξακολουθεί να βρίσκεται σε λειτουργία; Ναι Όχι

13b. Εάν «όχι», τότε έκλεισε η επιχείρηση: _____

14. Όνομα και τοποθεσία τράπεζας εργοδότη: _____

(επισυνάψτε επίσης αντίγραφο επιταγής ή αποκόμματος επιταγής)

15. Ο εργοδότης έχει υποβάλει αίτηση κήρυξης σε πτώχευση; Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

Μέρος 3. Πρόσωπο που υποβάλει αξίωση (Πληροφορίες Απασχόλησης)

16. Τίτλος θέσης εργασίας: _____

17. Τύπος εργασίας που εκτελέσατε: _____

18. Ημερομηνία πρόσληψης: _____ 18a. Πρώτη ημερομηνία στην εργασία: _____

19. Όνομα και τίτλος προσώπου που σας προσέλαβε: _____

20. Όνομα του διευθυντή/επόπτη/επιστάτη σας: _____

21. Όνομα ατόμου που κατέβαλε τους μισθούς σας: _____

22. Διεύθυνση εργασιακού χώρου: Αρ.: _____ Οδός: _____ Όροφος/Δωμάτιο/Σουίτα #: _____

Πόλη/κωμόπολη: _____ Κομητεία: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κώδικας: _____

23. Ταξιδεύατε τακτικά εκτός της Πολιτείας της Νέας Υόρκης για δουλειά? Ναι Όχι

24. Η σχέση σας με την επιχείρηση: Ακόμα απασχολούμενος Απόλυση Παραίτηση
 Προσωρινή απόλυση

25a. Τελευταία ημέρα εργασίας: _____

25b. Λόγος αποχώρησης: (Εξηγήστε την καταγγελία σας και δώστε όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες.)

26a. Το ποσό της αμοιβής σας: \$_____ανά Ημέρα Εβδομάδα Ώρα Άλλο: _____

29a. Λαμβάνετε χαμηλότερη αμοιβή από κάποιον άλλο εργαζόμενο στην ίδια επιχείρηση, για ισότιμη εργασία η οποία εκτελούνταν υπό παρόμοιες συνθήκες; Ναι Όχι

29b. Εάν "ναι", αυτό το άτομο ήταν ανώτερό σας και/ή διέθετε περισσότερη εκπαίδευση, κατάρτιση η εμπειρία από εσάς; Ναι Όχι

30. Υφίστανται και άλλοι εργαζόμενοι διακρίσεις;

Εξηγήστε: _____

Μέρος 4. Ιστορικό Αξίωσης

30c. Έχετε ήδη λάβει μέτρα, όπως να προσφύγετε σε δικαστήριο μικροδιαφορών ή να υποβάλετε αγωγή, προκειμένου να ανακτήσετε τους μισθούς σας; Ναι Όχι

30d. Εάν "ναι", εξηγήστε: _____

Μέρος 5. Δράση Αντιποίνων

31a. Υποβάλατε παράπονο στον εργοδότη σας για αυτήν ή άλλη παράβαση του εργατικού δικαίου;

Ναι Όχι

31b. Εάν "ναι", τι συνέβη; _____

Μέρος 6. Βοήθεια αξίωσης

32a. Διαθέτετε εκπρόσωπο (π.χ. ιδιωτικός δικηγόρος, ομάδα υπεράσπισης); Ναι Όχι

32b. Εάν "ναι", παρέχετε το όνομα του ατόμου ή της ομάδας: _____

32c. Αυτός ο εκπρόσωπος σας βοήθησε για την υποβολή αυτής της αξίωσης; Ναι Όχι

32d. Έχετε πληρώσει ή σκοπεύετε να πληρώσετε αυτόν τον εκπρόσωπο Ναι Όχι

32e. Θέλετε να μιλήσουμε με αυτόν τον εκπρόσωπο σχετικά με την αξίωσή σας; Ναι Όχι

Εάν ναι, οι εκπρόσωποι πρέπει να υποβάλουν Επιστολή Εκπροσώπησης (έντυπο LS 11).

32f. Σας βοήθησε κανείς, εκτός από τον εκπρόσωπο, να συμπληρώσετε αυτήν τη φόρμα; Ναι Όχι

32g. Αν "ναι", ποιος σας βοήθησε και γιατί σας βοήθησε;

Πρόσθετα σχόλια/Χρήσιμες πληροφορίες:

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____