



## 労働標準の賃金平等の苦情申し立て用紙 第194条

以下の場合、この用紙を使って苦情を申し出てください。

あなたの雇用主は、あなたが保護階級の地位にあることを理由に、同様の仕事をした他の従業員と同等の賃金を支払いません。

雇用主は、年功序列制度、能力主義、生産の量か質によって収益を測定する制度、教育、訓練、経験のような要素、または保護階級の地位にある者を差別しない他の制度に基づいて、給与率を決定しなければなりません。

保護される階級の地位とは、年齢、人種、信条、国籍、性的指向、性自認または表現、軍籍、性別、障害、素因遺伝的特徴、家族的地位、婚姻状況、家庭内暴力(DV)被害者の地位、または行政法第296条で保護される他の地位です。

注:この苦情申立用紙は、英語以外の言語でもご利用になれます。ニューヨーク州内で働く人はどなたでも、ニューヨーク州労働局に苦情の申し立てができます。賃金か他の事柄に関する苦情については、LS223という用紙で申し出てください。

全問に回答してください。完全な情報を提供することは、当局があなたの苦情を確認し、調査のためにそれを受理するのに役立ちます。

必要事項を記入した用紙をこちらの住所まで 郵送してください:

New York State Department of Labor  
Division of Labor Standards  
1200 Washington Avenue  
Building 12, Room 266B  
Albany, NY 12226

手続きを進めるのに十分な情報がないか、あなたの請求が無効と思われる場合には、あなたにご連絡いたします。

この用紙の記入方法についてご質問がある場合は (888) 469-7365 までお電話ください。

### 第1部。請求の申立人 (従業員/苦情申立人情報)

1.氏名:(名) \_\_\_\_\_ (ミドル) \_\_\_\_\_ (姓) \_\_\_\_\_

2.職場で知られている別の氏名: \_\_\_\_\_

3.郵送先住所:番地: \_\_\_\_\_ 通り: \_\_\_\_\_ アpartment番号: \_\_\_\_\_

市区町村: \_\_\_\_\_ 郡: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵便番号: \_\_\_\_\_

4.電話番号: \_\_\_\_\_ 5.その他の電話番号: \_\_\_\_\_

6.電子メール: \_\_\_\_\_ 7.第一言語/希望言語: \_\_\_\_\_

**第2部。請求申し立ての相手先（ビジネス/ビジネス所有者の情報）**

8a.事業者名: \_\_\_\_\_

8b.正式名称(異なる場合): \_\_\_\_\_

8c.法人格の種類:  個人事業主  LLC  パートナーシップ  法人

その他: \_\_\_\_\_

8d.郵送先住所: 番地: \_\_\_\_\_ 通り: \_\_\_\_\_ 階/部屋/スイート番号: \_\_\_\_\_

市区町村: \_\_\_\_\_ 郡: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵便番号: \_\_\_\_\_

8e.事業電話番号: \_\_\_\_\_ 8f.電子メール: \_\_\_\_\_

9a.所有者の氏名と役職名: \_\_\_\_\_

9b.郵送先住所: 番地: \_\_\_\_\_ 通り: \_\_\_\_\_ アpartment番号: \_\_\_\_\_

市区町村: \_\_\_\_\_ 郡: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵便番号: \_\_\_\_\_

9c.所有者の電話番号: \_\_\_\_\_ 9d.電子メール: \_\_\_\_\_

10.業態:  レストラン  小売店  家事援助  建設  事務所

その他: \_\_\_\_\_

11.営業時間: \_\_\_\_\_ 12.従業員の総数: \_\_\_\_\_

13a.会社はまだ存続していますか?  はい  いいえ

13b.「いいえ」であれば、いつ廃業しましたか? \_\_\_\_\_

14.雇用主の銀行名と所在地: \_\_\_\_\_

(小切手または小切手の半券のコピーも添付してください。)

15.雇用主が破産を申請したことがありますか?  はい  いいえ  不明

**第3部。請求の申立人(雇用情報)**

16.あなたの役職名: \_\_\_\_\_

17.あなたが働いた仕事の種類: \_\_\_\_\_

18.採用日: \_\_\_\_\_ 18a.勤務開始の初日: \_\_\_\_\_

19.あなたを採用した人の氏名と役職: \_\_\_\_\_

20.マネージャ/監督者/班長の氏名: \_\_\_\_\_

21.あなたの給料を支払った人の氏名: \_\_\_\_\_

22.事業所の住所: 番地: \_\_\_\_\_ 通り: \_\_\_\_\_ 階/部屋/スイート番号: \_\_\_\_\_

市区町村: \_\_\_\_\_ 郡: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵便番号: \_\_\_\_\_

23.あなたは、仕事のために定期的にニューヨーク州外に出張していましたか?  はい  いいえ

24.事業者との関係:  現在も在職中  解雇  退職  一時的な解雇

25a.最終勤務日: \_\_\_\_\_

25b.退職の理由:(あなたの苦情の内容をできるだけ詳細に説明してください。)

26a.給与額:ドル \_\_\_\_\_あたり  日  週  時間当  その他: \_\_\_\_\_

29a.あなたは、同じ事業所で、同様の労働条件のもとで行われた同様の仕事に対して、他の従業員よりも低い賃金を支払われていましたか？

同様の労働条件のもとで行われたものですか？  はい  いいえ

29b.「はい」であれば、その個人には、あなたよりも年功序列があったか、および/またはあなたよりも多くの教育、訓練または経験を有していましたか？または、あなたよりも経験？  はい  いいえ

30.他の従業員も、差別されているのでしょうか？

説明してください。 \_\_\_\_\_

#### 第4部。請求の背景

30c.あなたは、賃金を取り戻すために、少額訴訟か訴訟のような措置をすでに取りましたか？

はい  いいえ

30d.「はい」であれば、説明してください: \_\_\_\_\_

#### 第5部。報復措置

31a.あなたは、この労働法違反または別の労働法違反について、雇用主に苦情を訴えましたか？

はい  いいえ

31b.「はい」であれば、何が起こりましたか？ \_\_\_\_\_

#### 第6部。請求への援助

32a.あなたには、代理人がいますか(例:私選弁護人、支援団体)?  はい  いいえ

32b.「はい」であれば、個人名またはグループ名を記入してください。 \_\_\_\_\_

32c.この代理人は、この請求を提出する際に、あなたを支援しましたか？  はい  いいえ

32d.あなたはこの代理人にお金を払いましたか、または払う予定ですか？  はい  いいえ

32e.あなたの請求について、当局からこの代理人に話しかけることを希望されますか？  はい  いいえ

その場合には、代理人が代表通知書(LS 11用紙)を提出する必要があります。

32f.代理人以外の方があなたのこの用紙への記入を手伝いましたか？  はい  いいえ

32g.「はい」であれば、誰が、なぜ、あなたを助けましたか

追加のコメント/有用な情報:

署名: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_