



Formularz reklamacji dotyczący równości płac Labor Standards - Sekcja 194

Skorzystaj z tego formularza, aby złożyć skargę w następujących przypadkach:

Twój pracodawca nie płaci Ci za podobną pracę na równi z innymi pracownikami, ponieważ masz status klasy chronionej.

Pracodawca musi opierać stawki płac na systemie stażu pracy, systemie zasług, systemie, który mierzy zarobki według ilości lub jakości produkcji, czynnikiem takim jak wykształcenie, szkolenia, doświadczenie lub innym systemie, który nie dyskryminuje osób posiadających status klasy chronionej.

Status klasy chronionej obejmuje rasę, wyznanie, pochodzenie narodowe, orientację seksualną, tożsamość lub ekspresję płciową, status militarny, płeć, niepełnosprawność, predysponujące cechy genetyczne, stan rodzinny, stan cywilny, status ofiary przemocy domowej lub inne czynniki chronione na mocy Sekcji 296 regulacji wykonawczej.

Uwaga: Formularz jest dostępny w językach innych niż angielski. Osoby pracujące w Stanie Nowy Jork mogą wysłać skargę do Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork. Reklamacje dotyczące wynagrodzeń lub innych spraw należy składać za pomocą *formularza* [LS223](#).

Odpowiedzieć na wszystkie pytania. Podanie pełnych informacji pomoże nam przeanalizować Twoją skargę i przyjąć ją do weryfikacji.

Wypełniony formularz wyślij na adres: New York State Department of Labor
Division of Labor Standards
1200 Washington Avenue
Building 12, Room 266B
Albany, NY 12226

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.

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:_____ # mieszkania _____

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: _____ # mieszkania: ____
Miasto/miejscowość: _____ Hrabstwo: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____
- 9c. Telefon właściciela: _____ 9d. E-mail: _____
10. Typ przedsiębiorstwa: restauracja sklep detaliczny pomoc domowa firma budowlana biuro
 inny: _____
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: _____ 18a. Data pierwszego dnia w pracy: _____
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. Twoja relacja z przedsiębiorstwem: Nadal zatrudniony Zwolniony Zwolniony na własne życzenie
 Zwolniony tymczasowo z obowiązku pracy

25a. Ostatni dzień pracy: _____

25b. Powód odejścia: (Proszę wyjaśnić swoją skargę i podać jak najwięcej szczegółów.)

26a. Stawka Twojego wynagrodzenia: \$ za dzień tydzień godzinę inna:

29a. Czy otrzymywałeś niższą stawkę od innego pracownika w tym samym zakładzie za równorzędną pracę wykonywaną w podobnych warunkach roboczych? Tak Nie

29b. Jeżeli odpowiedź brzmi „tak”, czy osoba ta zajmowała od Ciebie wyższe stanowisko i/lub była lepiej wykształcona, przeszkolona lub bardziej doświadczona od Ciebie? Tak Nie

30. Czy inni pracownicy są również dyskryminowani?

Proszę wyjaśnić: _____

Część 4. Podstawy reklamacji

30c. Czy podjąłeś już działania, takie jak wniesienie sprawy do sądu ds. drobnych roszczeń lub pozew, aby odzyskać swoje wynagrodzenie?

Tak Nie

30d. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, proszę wyjaśnij: _____

Część 5. Działania odwetowe

31a. Czy złożyłeś skargę do swojego pracodawcy z powodu tego lub innego naruszenia prawa pracy? Tak Nie

31b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, co się wydarzyło? _____

Część 6. Pomoc przy składaniu reklamacji

32a. Czy masz przedstawiciela (np. prywatnego adwokata, grupę adwokacką)? Tak Nie

32b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, podaj nazwisko osoby lub grupy: _____

32c. Czy ten przedstawiciel pomagał Ci przy składaniu tej reklamacji? Tak Nie

32d. Czy zapłaciłeś lub planujesz zapłacić temu przedstawicielowi? Tak Nie

32e. Chcesz, żebyśmy porozmawiali z tym przedstawicielem o Twojej reklamacji? Tak Nie

Jeśli tak, przedstawiciel musi przedłożyć pełnomocnictwo (*formularz LS 11*).

32f. Czy ktoś inny niż przedstawiciel pomógł Ci w wypełnieniu tego formularza? Tak Nie

32g. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, kto i dlaczego Ci pomógł?

Dodatkowe komentarze/przydatne informacje:

Podpis: _____ **Data:** _____