

partie réservée au service :	
ID LS	_____
LCM	_____
PV <input type="checkbox"/>	_____
N° PV	_____
Priorité	_____
Pris par	_____
Date	_____

## Formulaire de plainte des ouvriers agricoles pour les normes du travail

Les ouvriers agricoles doivent utiliser ce formulaire pour déclarer des salaires impayés, des déductions illégales, des suppléments de salaire, le salaire minimum, des heures supplémentaires, l'absence de pause repas, de jour de repos, etc.

**Remarque :** Ce formulaire est disponible dans d'autres langues que l'anglais. Toute personne qui travaille dans une exploitation agricole dans l'État de New York peut déposer une plainte auprès du Département du travail de l'État de New York.

Veuillez répondre à toutes les questions pour les parties relatives à votre réclamation. Fournir des informations complètes nous aide à examiner votre plainte et à l'accepter pour entamer l'enquête. Renvoyez votre formulaire rempli à l'adresse ci-dessus.

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 qui soumet la réclamation (Renseignements sur l'employé/le plaignant)

1. Nom :(prénom)\_\_\_\_\_ (second prénom)\_\_\_\_\_ (nom de famille)\_\_\_\_\_
2. Autre nom connu au travail : \_\_\_\_\_
- 3a. Adresse postale : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ Appt. N : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Comté : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_
- 3b. Adresse permanente (si différente de celle ci-dessus) : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ Appt. N : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Comté : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_
4. Téléphone :(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 5. Autre téléphone :(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. E-mail : \_\_\_\_\_ 7. Votre langue principale/préférée : \_\_\_\_\_

### Partie 2. Réclamation déposée contre (renseignements sur l'entreprise agricole et le propriétaire)

- 8a. Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_
- 8b. Dénomination légale (si différente) : \_\_\_\_\_
- 8c. Type d'entité juridique :  Individuel  LLC  Partenariat  Entreprise  Autre : \_\_\_\_\_
- 8d. Type d'exploitation agricole :  élevage \_\_\_\_\_  volaille  produits laitiers  fruits/légumes  
 serre/pépinière  autre : \_\_\_\_\_

- 8e. Adresse postale : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ N° Fl/Rm/Suite : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Comté : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_
- 8f. Téléphone professionnel : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 8g. E-mail : \_\_\_\_\_
- 9a. Nom(s) et titre(s) du/des propriétaire(s) : \_\_\_\_\_
- 9b. Adresse postale : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ Appt. N : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Comté : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_
- 9c. Téléphone du propriétaire : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 9d. E-mail : \_\_\_\_\_
10. Nombre total d'employés : \_\_\_\_\_
11. Nom et adresse de la banque de l'employeur (joindre une copie du chèque ou du talon de chèque) : \_\_\_\_\_

### Partie 3. Personne qui soumet la réclamation (renseignements sur l'emploi)

12. Titre de votre poste : \_\_\_\_\_
13. Type de travail que vous avez effectué :
14. Adresse/localisation du lieu de travail : N : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Comté : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_
15. Date d'embauche : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
16. Votre relation avec l'entreprise :  Toujours employé(e)  Licencié(e)  Démissionné(e)  Au chômage technique
17. Dernier jour de travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
18. Votre travail était  saisonnier ou  toute l'année.
19. Nom et titre de la personne qui vous a embauché : \_\_\_\_\_
20. Nom(s) de votre directeur/superviseur/contremaître : \_\_\_\_\_
21. Nom de la personne qui a payé votre salaire : \_\_\_\_\_
22. Avez-vous régulièrement voyagé en dehors de l'État de New York pour votre travail ?  Oui  Non
- 23a. Étiez-vous membre d'un syndicat ?  Oui  Non  
23b. Si « Oui », nom du syndicat et numéro de la section locale : \_\_\_\_\_
- 24a. Votre taux de rémunération : \$ \_\_\_\_\_ par  Jour  Semaine  Heure  Pièce  Autre \_\_\_\_\_
- 24b. Votre taux de rémunération des heures supplémentaires : \$ \_\_\_\_\_
- 25a. Quel était votre jour de paie ?  Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi  Samedi  Dimanche
- 25b. Quelle est la période couverte ? (par exemple, du samedi au vendredi) \_\_\_\_\_
26. À quelle fréquence avez-vous été payé ?  Par jour  Par semaine  Toutes les deux semaines  
 Autre \_\_\_\_\_
27. Comment vos salaires étaient-ils payés ?  Espèces  Chèque  Dépôt direct  Pay Card  
 Combinaison : (veuillez expliquer - par exemple, une partie en espèces et une partie par chèque)
- 28a. Votre employeur vous a-t-il fourni le logement et les commodités ?  Oui  Non 28b. Si « Oui », quel montant, le cas échéant, était déduit de votre salaire par jour \_\_\_\_\_ \$ ou par semaine \_\_\_\_\_ \$ ou par mois \_\_\_\_\_ \$ ?

28c. Viviez-vous seul ou avec d'autres personnes dans le logement fourni par l'employeur ? \_\_\_\_\_

29a. Faisiez-vous habituellement des achats dans un économat géré par votre employeur ?  Oui  Non

29b. Si « Oui », indiquez les articles, et le montant de l'achat ou le montant déduit de votre salaire pour chaque article :

Article : \_\_\_\_\_ Montant en dollars : \_\_\_\_\_ \$

Article : \_\_\_\_\_ Montant en dollars : \_\_\_\_\_ \$

30a. L'employeur vous facture-t-il d'autres frais de subsistance ou de transport ?  Oui  Non 30b. Si « OUI », quel est le montant et combien cela vous coûte-t-il par semaine/mois ?

--

#### Partie 4. Réclamation de salaire impayé

**Remplissez cette section si l'on vous doit des salaires (voir la partie 6 si l'on vous doit des heures supplémentaires).** Utilisez une ligne pour chaque semaine. Le salaire brut veut dire le montant gagné avant impôts ou autres déductions. Joignez une ou plusieurs feuilles séparées pour les semaines supplémentaires ou pour donner d'amples informations.

A. Date de fin de la semaine de paie	B. Nombre de jours travaillés dans la semaine	C. Heures travaillées dans la semaine	D. Taux de rémunération (Gagné ou Promis)	E. Déductions illégales du salaire (par exemple, amendes, coupe, etc.)	F. Salaire brut dû pour la semaine	G. Salaires bruts payés (Si l'employeur a payé une partie du salaire dû, indiquez le montant ici)	H. Différence entre le salaire brut dû et le salaire brut payé
Ex.: 04/04/2017	7	35	16,00 \$ par heure		560 \$ (CxD)	0 \$	560 \$ (F-G)
<b>I. Total</b>							

31a. Si votre chèque de paie n'a pas été honoré par la banque (NSF), veuillez indiquer le numéro du chèque et la date de fin de la semaine de paie. Si possible, fournissez une copie du chèque : \_\_\_\_\_

31b. Période de la réclamation : Quelle est la période couverte par votre demande de salaire ?

Date du : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### Partie 5. Congé maladie payé non payé

**Remplissez cette section pour les congés de maladie payés qui vous sont dus.** L'article 196-b du code de travail de l'État de New York oblige les employeurs comptant au moins cinq employés ou dont le revenu net est supérieur à 1 million de dollars à accorder des congés de maladie payés à leurs employés. Le 30 septembre 2020, les employés couverts de l'État de New York ont commencé à accumuler des congés à raison d'une heure pour toutes les 30 heures travaillées. Le 1er janvier 2021, les employés peuvent commencer à utiliser les congés accumulés.

A. Période d'accumulation des congés de maladie payés	B. Montant du congé de maladie payé accumulé	C. Date(s) d'utilisation du congé de maladie payé	D. Nombre d'heures de prestations dues	E. Taux de rémunération normal	F. Montant du paiement des prestations dû
Ex.: 30/09/20-08/01/21	16,5 heures	11/01/21	8 heures	20 \$/heure	160 \$
<b>G. Total</b>					

## Partie 6. Réclamation de supplément de salaire impayé

Remplissez cette section pour les suppléments de salaire qui vous sont dus. Les suppléments de salaire sont des versements des avantages sociaux promis par l'employeur tels que : frais, indemnités de congés payés, etc.

32. Expliquez les avantages promis ou joignez une copie de la politique écrite/du manuel :

A. Type d'avantage dû	B. Période de temps où l'avantage est acquis	C. Date d'échéance du paiement des avantages	D. Montant des avantages dû	E. Montant du paiement des avantages dû	F. Avantages promis par :
Ex.: Indemnité de congé	01/01/16–31/12/16	01/01/17	1 semaine	700 \$	<input checked="" type="checkbox"/> politique écrite <input type="checkbox"/> promesse verbale
					<input type="checkbox"/> politique écrite <input type="checkbox"/> promesse verbale
					<input type="checkbox"/> politique écrite <input type="checkbox"/> promesse verbale
					<input type="checkbox"/> politique écrite <input type="checkbox"/> promesse verbale
<b>G. Total</b>					

## Partie 7. Réclamation de salaire minimum ou d'heures supplémentaires impayés

Remplissez cette section si vous avez été payé en dessous du salaire horaire minimum de l'État et/ou si vous n'avez pas été payé pour des heures supplémentaires. La plupart des employés doivent être payés au moins le salaire minimum et une fois et ½ s'ils travaillent plus de 60 heures par semaine de calendrier.

33a. Êtes-vous payé au salaire minimum pour chaque heure travaillée ?  Oui  Non

33b. Êtes-vous payé à temps et ½ pour les heures travaillées au-delà de 60 heures ?  Oui  Non

33c. Recevez-vous un salaire pour les heures travaillées au-delà de 60 heures ?  Oui  Non

33d. Si « Oui », combien par heure ? \_\_\_\_\_

33e. Êtes-vous payé à temps et ½ si vous devez travailler pendant votre « jour de repos » ?  Oui  Non

33f. Si vous avez répondu « Non » à l'une des questions ci-dessus, veuillez expliquer et remplir l'horaire de votre semaine de travail ci-dessous :

A. Jour ouvrable	B. Heure de début de la journée de travail	C. Heure de fin de la journée de travail	D. Pause repas	E. Total des heures
Exemple	10 h 00	23 h 00	30 min	12,5 heures
Dimanche	:	:		
Lundi	:	:		
Mardi	:	:		
Mercredi	:	:		
Jeudi	:	:		
Vendredi	:	:		
Samedi	:	:		
<b>F. Total hebdomadaire</b>				

34a. Les heures de travail énumérées ci-dessus sont-elles les mêmes chaque semaine ?  Oui  Non

34b. Si « Non », veuillez fournir votre estimation du nombre moyen d'heures travaillées par semaine : \_\_\_\_\_

34c. Période de la réclamation : Sur quelle période porte votre réclamation concernant le salaire minimum ou les heures supplémentaires ? Date du : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Partie 8. Plainte non salariale

**Cochez les cases qui s'appliquent si vous souhaitez déposer une plainte non liée au salaire. Cochez toutes les cases qui s'appliquent. Veuillez expliquer et fournir une feuille supplémentaire si nécessaire.**

L'employeur a omis de :

35a.  Accorder une pause repas de 30 minutes

Avez-vous été payé pour le temps travaillé lorsque l'employeur n'a pas accordé la pause repas ?  Oui  Non

35b.  Fournir une attestation de salaire (fiche de paie)

35c.  Accorder un jour de repos

35d.  Assurer le paiement des salaires des employés par au moins une de ces méthodes autorisées :  
Espèces/chèques/dépôt direct/carte de débit (Pay Card) \_\_\_\_\_

35e.  Obtenir l'autorisation écrite de l'employé pour le paiement du salaire par dépôt direct ou par carte de débit.  
\_\_\_\_\_

35f.  Fournir une lettre de licenciement

35g.  Fournir une communication sur le taux de rémunération avec toutes les informations nécessaires \_\_\_\_\_

35h.  Payer les salaires à temps

35i.  Payer les salaires « officiellement »

35j.  Prévoir l'accumulation des congés maladie payés obligatoires de l'État de New York \_\_\_\_\_

35k.  Afficher les notifications nécessaires/affiche sur le salaire minimum dans l'exploitation agricole

35l.  Respecter les règles relatives à l'emploi des mineurs (moins de 18 ans)

35m.  Fournir l'accès à l'eau potable

35n.  Fournir des toilettes et des installations pour se laver les mains

35o.  Forcé(e) involontairement à travailler plus de 60 heures par semaine

35p.  Autre \_\_\_\_\_

## Partie 9. Motif de la réclamation

36a. Avez-vous demandé votre salaire ?  Oui  Non

36b. Si « Oui », veuillez expliquer. Qui et quand avez-vous demandé, et que s'est-il passé ?

## Partie 10. Mesures de représailles

37a. Vous êtes-vous plaint de cette violation ou d'une autre violation du droit du travail ?  Oui  Non

37b. Si « Oui », que s'est-il passé ?

37c. Vous et vos collègues, avez fait l'objet des réactions négatives parce que vous avez parlé des préoccupations liées au lieu de travail ou parce que vous êtes engagés dans des activités d'organisation syndicale ?  Oui  Non

37d. Si « Oui », que s'est-il passé ?

37e. Voulez-vous maintenant déposer une plainte pour représailles contre cet employeur ?  Oui  Non

## Partie 11. Assistance en matière de réclamation

38a. Avez-vous un mandataire (par exemple, un avocat privé, un groupe de défense) ?  Oui  Non

38b. Si « Oui », indiquez le nom de la personne ou du groupe : \_\_\_\_\_

38c. Ce mandataire vous a-t-il aidé à déposer cette réclamation ?  Oui  Non

38d. Avez-vous payé, ou prévoyez-vous de payer, ce mandataire ?  Oui  Non

38e. Voulez-vous que nous parlions de votre réclamation à ce mandataire ?  Oui  Non  
Si oui, les mandataires doivent soumettre une lettre de représentation (LS 11).

38f. Est-ce que quelqu'un, autre que le mandataire, vous a aidé à remplir ce formulaire ?  Oui  Non

38g. Si « Oui », qui vous a aidé et pourquoi ? \_\_\_\_\_

## Autres commentaires/Informations utiles :

**Je certifie que les informations ci-dessus sont vraies à ma connaissance et je reconnais qu'il existe des sanctions pour les fausses déclarations. J'autorise le Commissaire du travail, ses adjoints ou agents à recevoir, endosser mon nom, et déposer sur le compte du Commissaire du travail tout chèque ou mandat à mon nom en paiement de cette réclamation. J'informerai le Département du travail de l'État de New York si mes coordonnées changent.**

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date