



LS ID \_\_\_\_\_  
LCM \_\_\_\_\_  
PV  \_\_\_\_\_  
Brak PV \_\_\_\_\_  
Priorytet \_\_\_\_\_  
Przyjęty przez \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Formularz reklamacji Labor Standards dla pracowników gospodarstw rolnych

Pracownicy gospodarstw rolnych powinni korzystać z tego formularza, aby ubiegać się o niezapłacone wynagrodzenie, nielegalne potrącenia, dodatki do pensji, minimalne wynagrodzenie, nadgodziny, brak przerwy na posiłki, brak dnia odpoczynku itp.

**Uwaga:** Formularz jest dostępny w językach innych niż angielski. Osoby pracujące w gospodarstwie rolnym w Stanie Nowy Jork mogą wysłać skargę do Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork.

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania dotyczące części związanych z reklamacją. Podanie pełnych informacji pomoże nam przeanalizować Twoją skargę i przyjąć ją do weryfikacji. Wypełniony formularz należy przesłać na powyższy adres.

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 i nazwisko:(pierwsze)\_\_\_\_\_ (drugie)\_\_\_\_\_ (nazwisko)\_\_\_\_\_
2. Inne nazwisko używane w pracy:\_\_\_\_\_
- 3a. Adres korespondencyjny: Nr \_\_\_\_\_ Ulica: \_\_\_\_\_ Nr mieszkania: Nr: \_\_\_\_\_  
Miasto/miejscowość: \_\_\_\_\_ Hrabstwo: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_
- 3b. Adres stałego pobytu (jeśli inny od powyższego): Nr \_\_\_\_\_ ulica: \_\_\_\_\_ Nr mieszkania: Nr: \_\_\_\_\_  
Miasto/miejscowość: \_\_\_\_\_ Hrabstwo: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_
4. Telefon:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 5. Inny telefon:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. E-mail: \_\_\_\_\_ 7. Język podstawowy/preferowany: \_\_\_\_\_

### Część 2. Reklamacja składana przeciwko (Informacje na temat firmy i właściciela gospodarstwa rolnego)

- 8a. Nazwa firmy: \_\_\_\_\_
- 8b. Nazwa prawna (jeśli jest inna): \_\_\_\_\_
- 8c. Rodzaj podmiotu prawnego:  Jednoosobowa działalność gospodarcza  Sp. z o.o.  Spółka cywilna  
 Korporacja  Inny: \_\_\_\_\_
- 8d. Rodzaj gospodarstwa rolnego:  zagroda  drobiarstwo  mleczarstwo  uprawa owoców/warzyw   
szklarnia/szkółka  inny: \_\_\_\_\_
- 8e. Adres korespondencyjny: Nr: \_\_\_\_\_ Ulica: \_\_\_\_\_ # piętra/biura/siedziby: \_\_\_\_\_  
Miasto/miejscowość: \_\_\_\_\_ Hrabstwo: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_
- 8f. Telefon służbowy: \_\_\_\_\_ 8g. E-mail: \_\_\_\_\_
- 9a. Nazwisko i stanowisko właściciela/właścicieli: \_\_\_\_\_
- 9b. Adres korespondencyjny: Nr \_\_\_\_\_ Ulica: \_\_\_\_\_ Nr mieszkania: Nr: \_\_\_\_\_  
Miasto/miejscowość: \_\_\_\_\_ Hrabstwo: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

9c. Telefon właściciela: \_\_\_\_\_ 9d. E-mail: \_\_\_\_\_

10. Łączna # pracowników: \_\_\_\_\_

11. Nazwa i lokalizacja banku pracodawcy (dołączyć kopię czeku lub odcinka wypłaty): \_\_\_\_\_

### Część 3. Osoba składająca reklamację (informacja o zatrudnieniu)

12. Twoje stanowisko: \_\_\_\_\_

13. Rodzaj wykonywanej pracy:

14. Adres/lokalizacja miejsca pracy: Nr \_\_\_\_\_ Ulica: \_\_\_\_\_

Miasto/miejscowość: \_\_\_\_\_ Hrabstwo: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

15. Data zatrudnienia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

16. Twoje relacje z firmą:  Nadal zatrudniony  Zwolniony  Zwolniony samodzielnie  Zwolniony tymczasowo

17. Ostatni dzień pracy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

18. Twoja praca była  sezonowa lub  całoroczna

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. Czy regularnie wyjeżdżałeś poza obszar Stanu Nowy Jork, aby pracować?  Tak  Nie

23a. Czy byłeś członkiem związku zawodowego?  Tak  Nie 23b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, nazwa i nr lokalnego związku: \_\_\_\_\_

24a. Stawka Twojego wynagrodzenia: \$ \_\_\_\_\_ za  dzień  tydzień  godzinę  sztukę  Inna \_\_\_\_\_

24b. Stawka za nadgodziny: \$ \_\_\_\_\_

25a. Kiedy wypadał Twój termin rozliczenia?  Pn  Wt  Śr  Czw  Pią  Sob  Nie

25b. Jakiego okresu dotyczył? (np. sobota-piątek) \_\_\_\_\_

26. Jak często otrzymywałeś wynagrodzenie?  Codziennie  Co tydzień  Co dwa tygodnie  Inaczej \_\_\_\_\_

27. W jaki sposób Twoje wynagrodzenie było wypłacane?  Gotówka  Czek  Depozyt bezpośredni  Karta płatnicza

W sposób łączony: (proszę wyjaśnić, np. częściowo w gotówce i częściowo w formie czeku)

28a. Czy Twój pracodawca zapewnił Ci zakwaterowanie i media?  Tak  Nie 28b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, jaka kwota, jeśli w ogóle, była potrącana z Twojego wynagrodzenia dziennie \_\_\_\_\_ \$ lub tygodniowo \_\_\_\_\_ \$ lub miesięcznie \_\_\_\_\_ \$?

28c. Czy mieszkales sam czy też z innymi osobami w mieszkaniu zapewnionym przez pracodawcę? \_\_\_\_\_

29a. Czy zazwyczaj dokonywałeś zakupów w składzie żywności prowadzonym przez pracodawcę?  Tak  Nie 29b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, wymień artykuły i kwotę zakupu lub kwotę odliczoną od wynagrodzenia za każdy artykuł:

Artykuł: \_\_\_\_\_ Kwota w dolarach: \$ \_\_\_\_\_

Artykuł: \_\_\_\_\_ Kwota w dolarach: \$ \_\_\_\_\_

30a. Czy pracodawca obciąża Cię innymi kosztami utrzymania lub transportu?  Tak  Nie 30b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, co to jest i ile płacisz za tydzień/miesiąc?

--

#### Część 4. Reklamacja dotycząca niewypłaconego wynagrodzenia

Wypełnij tę sekcję, jeśli przysługuje Ci wynagrodzenie (patrz Część 6, jeśli należy Ci się wynagrodzenie za nadgodziny). Użyj jednego rzędu na każdy tydzień. Wynagrodzenie brutto oznacza kwotę zarobioną przed opodatkowaniem lub innymi potrąceniami. Dołącz osobny arkusz (arkusze) dla kolejnych tygodni lub aby podać więcej informacji.

A. Data końca tygodnia wypłaty:	B. Liczba przepracowanych dni w danym tygodniu	C. Liczba przepracowanych godzin w danym tygodniu	D. Stawka wynagrodzenia (Zarobio na lub obiecan a)	E. Nielegalne potrącenia od wynagrodzenia (np. grzywny, szkody itp.)	F. Wynagrodzenie brutto należne za dany tydzień	G. Wypłacone wynagrodzenie brutto (Jeśli pracodawca wypłacił część należnego wynagrodzenia, należy wpisać tę kwotę tutaj)	H. Różnica między wynagrodzeniem należnym a wypłaconym wynagrodzeniem brutto
Przykład: 4/4/2017	7	35	16,00 USD za godzinę		560 USD (CxD)	0 USD	560 USD (F-G)
<b>I. Łącznie</b>							

31a. Jeżeli czek nie został uonorowany przez bank (NFS), prosimy o podanie numeru czeku i daty zakończenia tygodnia rozliczeniowego.

Jeśli czek jest dostępny, należy dostarczyć jego kopię: \_\_\_\_\_

31b. Zakres reklamacji: Jaki okres czasu obejmuje Twoja reklamacja dotycząca wynagrodzenia? Data od: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ do: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Część 5. Bezpłatne Płatne zwolnienie lekarskie

Wypełnij tę rubrykę, aby otrzymać należne Ci Płatne zwolnienie lekarskie. Sekcja 196-b Prawa Pracy Stanu Nowy Jork wymaga od pracodawców zatrudniających pięciu lub więcej pracowników lub osiągających dochód netto powyżej 1 miliona dolarów, aby zapewнили pracownikom płatne zwolnienia lekarskie. Od 30 września 2020 roku pracownikom w Stanie Nowy Jork, których dotyczy ustawa, zaczynają być naliczane zwolnienia w wymiarze jednej godziny za każde przepracowane 30 godzin. Pracownicy mogą rozpocząć korzystanie z naliczonego zwolnienia 1 stycznia 2021 roku.

A. Okres naliczania Płatnego zwolnienia lekarskiego	B. Kwota naliczonego Płatnego zwolnienia lekarskiego	C. Data/daty wykorzystania Płatnego zwolnienia lekarskiego	D. Kwota świadczenia należnego za czas	E. Regularna stawka wynagrodzenia	F. Kwota należnego świadczenia
Przykład: 9/30/20-1/8/21	16,5 godziny	1/11/21	8 godzin	20 USD/godzina	160 USD
<b>G. Łącznie</b>					

## Część 6. Reklamacja dotycząca niezapłaconego dodatku do wynagrodzenia

Wypełnij tę rubrykę, aby otrzymać należny Ci dodatek do wynagrodzenia. Dodatki do wynagrodzenia są świadczeniami dodatkowymi obiecanyymi przez pracodawcę, takimi jak: ekwiwalent za urlop, wydatki, wakacje itp.

32. Wyjaśnij obiecanne świadczenia lub załącz kopię pisemnej polityki/informatora:

A. Rodzaj należnego świadczenia	B. Okres, za który przysługuje świadczenie	C. Data wypłaty należnego świadczenia	D. Kwota świadczenia należnego za czas	E. Kwota należnego świadczenia	F. Świadczenie obiecanne przez:
Przykład: Ekwiwalent za wakacje	1/1/16–12/31/16	1/1/17	1 tydzień	700 USD	<input checked="" type="checkbox"/> pisemna polityka <input type="checkbox"/> obietnica ustna
					<input type="checkbox"/> pisemna polityka <input type="checkbox"/> obietnica ustna
					<input type="checkbox"/> pisemna polityka <input type="checkbox"/> obietnica ustna
					<input type="checkbox"/> pisemna polityka <input type="checkbox"/> obietnica ustna
<b>G. Łącznie</b>					

## Część 7. Reklamacja dotycząca niezapłaconego wynagrodzenia lub wynagrodzenia za nadgodziny

Wypełnij tę sekcję, jeśli otrzymałeś wynagrodzenie poniżej stanowej minimalnej stawki godzinowej i/lub nie otrzymałeś wynagrodzenia za nadgodziny. Większość pracowników musi otrzymywać co najmniej minimalne wynagrodzenie plus półtora stawki regularnej, jeśli pracują więcej niż 60 godzin w tygodniu kalendarzowym.

33a. Czy otrzymujesz wynagrodzenie minimalne za każdą przepracowaną godzinę?  Tak  Nie

33b. Czy otrzymujesz półtora stawki regularnej, jeśli pracujesz więcej niż 60 godzin tygodniowo?  Tak  Nie

33c. Czy otrzymujesz wynagrodzenie za przepracowanie czasu powyżej 60 godzin?  Tak  Nie

33d. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, ile wynosi stawka za godzinę? \_\_\_\_\_

33e. Czy otrzymujesz półtora stawki regularnej, jeśli pracujesz w dniu wypoczynku?  Tak  Nie

33f. Jeśli odpowiedź brzmi „nie” w którymkolwiek z powyższych punktów, objaśnij i wypełnij harmonogram swojego tygodnia pracy poniżej:

A. Dzień pracy	B. Godzina rozpoczęcia dnia roboczego	C. Godzina zakończenia dnia roboczego	D. Przerwa na posiłki	E. Łącznie godziny
Przykład	10:00	23:00	30 min	12,5 godziny
Niedziela	:	:		
Poniedziałek	:	:		
Wtorek	:	:		
Środa	:	:		
Czwartek	:	:		
Piątek	:	:		
Sobota	:	:		
<b>F. Łącznie tygodniowo</b>				

34a. Czy liczba przepracowanych godzin wymienionych powyżej jest taka sama w każdym tygodniu?  Tak  Nie

34b. Jeśli odpowiedź brzmi „nie”, podaj szacunkową średnią liczbę godzin przepracowanych w tygodniu: \_\_\_\_\_

34c. Zakres reklamacji: Jaki okres obejmuje Twoja reklamacja dotycząca wynagrodzenia minimalnego lub wynagrodzenia za nadgodziny?

Data od: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ do: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Część 8. Skarga niezwiązana z wynagrodzeniem

Zaznacz odpowiedzi, które mają zastosowanie, jeśli chcesz złożyć skargę niezwiązaną z wynagrodzeniem. Zaznacz wszystkie odpowiedzi odpowiadające Twojej sytuacji. Proszę wyjaśnić i w razie potrzeby przedłożyć dodatkowy arkusz.

Pracodawca nie:

35a.  Zapewnił 30-minutowej przerwy na posiłek

Czy płacono Ci za czas pracy, gdy pracodawca nie zapewnił przerwy na posiłki?  Tak  Nie

35b.  Dostarczył zestawienia wynagrodzeń (odcinka wypłaty)

35c.  Zapewnił dnia odpoczynku

35d.  Zapewnił wypłaty wynagrodzeń za pomocą co najmniej jednej z poniższych dopuszczalnych metod:  
Gotówki/Czeku/Depozytu bezpośredniego/Karty debetowej (Karty płatniczej) \_\_\_\_\_

35e.  Uzyskał pisemnego upoważnienia pracownika do wypłaty wynagrodzenia za pomocą depozytu bezpośredniego lub płatniczej karty debetowej.  
\_\_\_\_\_

35f.  Przedstawił wypowiedzenia

35g.  Przedstawił powiadomienia o stawce wynagrodzenia ze wszystkimi wymaganymi informacjami \_\_\_\_\_

35h.  Wypłacił wynagrodzenia na czas

35i.  Wypłacił wynagrodzenia uwzględnionego w rejestrach

35j.  Zapewnił wymaganego w Stanie Nowy Jork naliczenia płatnego zwolnienia chorobowego \_\_\_\_\_

35k.  Publikował wymaganych powiadomień/plakatu dotyczącego minimalnego wynagrodzenia w gospodarstwie rolnym

35l.  Przestrzegał zasad dotyczących zatrudniania osób małoletnich (poniżej 18. roku życia)

35m.  Zapewnił dostępu do wody pitnej

35n.  Zapewnił toalety i urządzeń do mycia rąk

35o.  Zmusił do pracy powyżej 60 godzin w tygodniu

35p.  Inne \_\_\_\_\_

## Część 9. Podstawy reklamacji

36a. Czy proszę o swoje wynagrodzenie?  Tak  Nie

36b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, proszę wyjaśnij. Kogo i kiedy o nie proszę i co się stało?

## Część 10. Działania odwetowe

37a. Czy złożyłeś skargę z powodu tego lub innego naruszenia prawa pracy?  Tak  Nie

37b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, co się wydarzyło?

37c. Czy Ty i Twoi współpracownicy spotkaliście się z negatywnymi działaniami, ponieważ mówiliście o problemach w miejscu pracy, czy też zaangażowaliście się w organizowanie działań związkowych?  Tak  Nie

37d. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, co się wydarzyło?

37e. Czy chcesz teraz wnieść skargę odwetową przeciwko temu pracodawcy?  Tak  Nie

## Część 11. Pomoc przy składaniu reklamacji

38a. Czy masz przedstawiciela (np. prywatnego adwokata, grupę adwokacką)?  Tak  Nie

38b. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, podaj nazwisko osoby lub grupy: \_\_\_\_\_

38c. Czy ten przedstawiciel pomagał Ci przy składaniu tej reklamacji?  Tak  Nie

38d. Czy zapłaciłeś lub planujesz zapłacić temu przedstawicielowi?  Tak  Nie

38e. Chcesz, żebyśmy porozmawiali z tym przedstawicielem o Twojej reklamacji?  Tak  Nie  
Jeśli tak, przedstawiciel musi przedłożyć pełnomocnictwo (LS 11).

38f. Czy ktoś inny niż przedstawiciel pomógł Ci w wypełnieniu tego formularza?  Tak  Nie

38g. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, kto i dlaczego Ci pomógł? \_\_\_\_\_

## Dodatkowe komentarze/przydatne informacje:

**Potwierdzam, że powyższe informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą i jestem świadomy, że za składanie fałszywych oświadczeń przewidziano kary. Upoważniam Komisarza Pracy, zastępców lub agentów do przyjmowania, potwierdzania mojego nazwiska i wpłacania na konto Komisarza Pracy wszelkich czeków lub przekazów pieniężnych wystawionych na mnie jako płatność z tytułu niniejszej reklamacji. Powiadomię Departament Pracy Stanu Nowy Jork, jeśli moje dane kontaktowe ulegną zmianie.**

---

Podpis osoby składającej reklamację

---

/ /  
Data