



Notifica e accettazione della retribuzione e del giorno di paga
Ai sensi della Sezione 195.1 della Legge sul Lavoro dello Stato di New York
per assistenti domiciliari a parità salariale e altri lavori

1. Informazioni sul datore di lavoro

Nome:

Denominazione commerciale (DBA):

Numero FEIN (facoltativo):

Indirizzo fisico:

Indirizzo postale:

Telefono:

2. Notifica presentata:

- All'assunzione
Prima di una modifica della retribuzione, delle integrazioni o del giorno di paga

Nota: Gli assistenti domiciliari conviventi devono essere retribuiti almeno 13 ore per ogni periodo di 24 ore, a condizione che abbiano ricevuto 8 ore di riposo, con cinque ore di sonno ininterrotto e 3 ore di pausa per i pasti.

3. Retribuzione del dipendente per ogni tipo di turno di lavoro:

\$ \_\_\_\_\_ all'ora per \_\_\_\_\_
\$ \_\_\_\_\_ all'ora per \_\_\_\_\_
\$ \_\_\_\_\_ all'ora per \_\_\_\_\_

3a. Retribuzione parità salariale:

\$ \_\_\_\_\_ all'ora di stipendio regolare
\$ \_\_\_\_\_ all'ora di stipendio aggiuntivo
\$ \_\_\_\_\_ all'ora per gli stipendi supplementari\*

4. Indennità concesse:

- Nessuna
Mance \_\_\_\_\_ per ora
Pasti \_\_\_\_\_ per pasto
Alloggio \_\_\_\_\_
Altro \_\_\_\_\_

5. Giorno di paga ordinario: \_\_\_\_\_

6. La retribuzione è:

- Settimanale
Bisettimanale
Altro: \_\_\_\_\_

7. Retribuzione degli straordinari per ogni tipo di turno di lavoro:

Retribuzione singola: \$ \_\_\_\_\_ per ora
Deve corrispondere ad almeno il 150% della retribuzione regolare del dipendente, con poche eccezioni

Retribuzione per la parità salariale:
\$ \_\_\_\_\_ per ora Deve corrispondere ad almeno il 150% della retribuzione regolare del dipendente, con poche eccezioni.

Retribuzioni multiple: \$ \_\_\_\_\_ per ora
Deve corrispondere ad almeno il 150%

della media ponderata delle retribuzioni multiple della settimana, con rare eccezioni.

8. Accettazione del dipendente:

La mia retribuzione, la retribuzione per gli straordinari (se pertinente), le integrazioni e il giorno di paga designato mi sono stati notificati in data odierna. Ho comunicato al mio datore di lavoro la mia lingua madre.

La mia lingua madre è \_\_\_\_\_,

e ho ricevuto questa Notifica della retribuzione in tale lingua.

Nome del dipendente (per esteso) \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Nome e Titolo del redattore \_\_\_\_\_

Il dipendente deve ricevere una copia firmata di questo modulo. Il datore di lavoro deve conservare l'originale per 6 anni.

Nota bene: Il pagamento a un dipendente di una categoria protetta di uno stipendio inferiore a quello di un dipendente che non appartiene a una categoria protetta e svolge lo stesso lavoro è illegale. Inoltre, ai dipendenti non può essere impedito di discutere degli stipendi con i propri colleghi.

\*Allegato: notifica del supplemento per parità salariale pagina 2.

**LS 62 Avviso agli assistenti domiciliari per la parità salariale (pros.)  
Indennità della retribuzione minima per assistenti domiciliari**

	<b>Retrib. oraria</b>	<b>Tipo di supplemento</b>	<b>Nome e indirizzo del fornitore</b>	<b>Informazioni Piano/accordo</b>
<i>Supplemento Numero</i>	<i>\$ XXX</i>	<i>(Pensione, previdenza o altro)</i>	<i>Scrivere nome e indirizzo dell'azienda o organizzazione che paga l'indennità</i>	<i>Indicare il piano o l'accordo che determina l'indennità, p. es. accordo di contrattazione sindacale n. 1, o piano di copertura dell'assicurazione X</i>
Supplemento Numero 1				
Supplemento Numero 2				
Supplemento Numero 3				

*\*Se i supplementi sono corrisposti con un singolo pagamento per piani Taft-Hartley relativi a più datori di lavoro, scrivere solo: (1) la somma totale pagata per il supplemento o il pacchetto di indennità; (2) le tipologie delle indennità del pacchetto (pensione, sanità, previdenza, altro; (3) il nome e l'indirizzo del piano a cui viene inviato il pagamento; e (4) la CBA o la lettera di assenso rilevante dell'accordo.*

Indicare gli altri benefit e allegare l'elenco a questo documento.

Le copie degli accordi o dei resoconti di cui sopra possono essere ottenute da:

\_\_\_\_\_

**Accettazione del dipendente:**

La mia retribuzione, la retribuzione per gli straordinari, le indennità, i supplementi/benefit e il giorno di paga designato mi sono stati notificati in data odierna tramite questo modulo (LS 62) e il suo allegato.

La mia lingua madre è \_\_\_\_\_. Ho ricevuto questa notifica nella mia lingua madre.  Sì  No.

Nome del dipendente per esteso: \_\_\_\_\_

Firma del dipendente: \_\_\_\_\_ Data della firma: \_\_\_\_\_

Nome e titolo del redattore: \_\_\_\_\_