



Aviso y aceptación del sueldo y el día de pago de conformidad con la Sección 195.1 de la Ley de Trabajo del Estado de New York para paridad salarial de asistentes de cuidado en el hogar y otros trabajos

1. Información del empleador

Nombre:

Operando bajo el nombre:

FEIN (opcional):

Dirección física:

Dirección postal:

Teléfono:

2. Aviso dado:

- Al ser contratado
Antes de un cambio en el sueldo, las prestaciones o el día de pago

Nota: los empleados residentes deben recibir un pago de al menos 13 horas por cada período de 24 horas, siempre que reciban 8 horas de sueño, con cinco horas de sueño ininterrumpido y 3 horas libres para las comidas.

3. Sueldo del empleado para cada tipo de trabajo o turno:

\$ por hora para
\$ por hora para
\$ por hora para

3a. Tasas de paridad salarial:

\$ por hora para sueldo regular
\$ por hora por sueldo adicional
\$ por hora para sueldos complementarios\*

4. Prestaciones:

- Ninguna
Propinas por hora
Comidas por comida
Alojamiento
Otro

5. Día de pago regular:

6. El pago es:

- Semanal
Catorcenal
Otro:

7. Sueldo por tiempo extra para cada tipo de trabajo o turno:

Sueldo único: \$ por hora
El importe debe ser al menos 1 1/2 veces el sueldo regular del trabajador, con pocas excepciones.

Tasa de pago de paridad salarial: \$ por hora
El importe debe ser al menos 1 1/2 veces el sueldo regular del trabajador, con pocas excepciones.

Sueldos múltiples: \$ por hora
El importe debe ser al menos 1 1/2 veces el sueldo regular promedio ponderado de los múltiples sueldos del trabajador durante la semana, con pocas excepciones.

8. Aceptación del empleado:

En esta fecha se me han notificado mi sueldo, mi sueldo por tiempo extra (si soy elegible), mis prestaciones, mis complementos y mi día de pago designado. Le he dicho a mi empleador cuál es mi idioma principal.

Mi idioma principal es

and me han entregado este aviso de pago en mi idioma principal.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha

Nombre y puesto de quien preparó

**El empleado debe recibir una copia firmada de este formulario. El empleador debe conservar el original durante 6 años.**

**Recuerde:** Es ilegal que un empleado que pertenezca a una clase protegida reciba un pago menor que el de un empleado que no pertenezca a la clase protegida, si hacer un trabajo que sea sustancialmente igual. Los empleadores tampoco pueden prohibir a los empleados que hablen sobre sus sueldos con sus compañeros de trabajo.

\*Adjunte la notificación del suplemento de paridad salarial en la página 2.

**LS 62 Aviso a asistentes de cuidados en el hogar de la paridad salarial - (cont.)**  
**Porción del beneficio de la tasa mínima de compensación total del asistente de cuidados en el hogar**

	<b>Tarifa por hora</b>	<b>Tipo de complemento</b>	<b>Nombre y dirección del proveedor</b>	<b>Acuerdo/ Información del plan</b>
<i>Número de complemento</i>	<i>\$ XXX</i>	<i>(Pensión, Bienestar, u otro)</i>	<i>Ingrese el nombre y la dirección de la empresa u organización que proporciona el beneficio</i>	<i>Identifique el plan o acuerdo que crea el beneficio, por ejemplo, el Acuerdo de Negociación Colectiva Local No. 1 del Sindicato o el Plan de Beneficios de la Compañía de Seguros X</i>
Complemento Número 1				
Complemento Número 2				
Complemento Número 3				

*"Si se pagan suplementos salariales en un pago único debido a múltiples planes multiempleador de Taft-Hartley, solamente incluya lo siguiente: (1) el total pagado por el suplemento o paquete de beneficios, (2) los tipos de beneficios incluidos en el paquete, por ejemplo, pensión, salud y bienestar u otros; (3) el nombre y la dirección de la entidad a la que se envía el pago; y (4) el CBA relevante o carta de consentimiento como el acuerdo.*

Enumere los beneficios adicionales y adjunte una lista a este documento.

Se pueden obtener copias de los acuerdos o resúmenes enumerados anteriormente:

\_\_\_\_\_

**Aceptación del empleado:**

En este día se me han notificado mi sueldo, mi sueldo por tiempo extra, mis prestaciones, mis complementos/beneficios y mi día de pago designado que se proporciona en este formulario (LS 62) adjunto y en este anexo en la fecha que se indica a continuación.

Mi idioma principal es \_\_\_\_\_. Me han entregado este aviso en mi idioma principal  Sí  No.

Nombre del empleado (impresa): \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Nombre y puesto de quien preparó: \_\_\_\_\_