



**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. Se un dipendente non può dormire ininterrottamente per 5 ore, deve essere retribuito per tutte le 8 ore. Se il dipendente non riceve periodi liberi per i pasti, deve essere retribuito per tutte le 3 ore designate 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

	Retrib. oraria	Tipo di supplemento	Nome e indirizzo del fornitore	Informazioni Piano/accordo
<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: _____