



급여율 및 급여일 고지 및 확인
뉴욕주 노동법 섹션 195.1 에 의거
(간병인 임금 동등 및 기타 직업에 관한 법)

1. 고용주 정보

이름:

상호명(DBA):

연방 사업자
번호(FEIN)(선택사항):

실제 주소:

우편 주소:

전화:

2. 통지 시점:

☐ 고용 시

☐ 급여율, 청구 수당 또는 급여일의 변경 전

참조: 입주 직원(Live-in employee)은 매 24 시간마다 최소 13 시간 근무에 대한 급여를 지급받아야 하며 8 시간의 수면(5 시간의 연속 수면 보장)과 3 시간의 식사 시간을 보장받아야 합니다. 만일 직원이 5 시간의 연속 수면을 보장받지 못한다면, 해당 직원은 전체 8 시간에 대한 급여를 지급받아야 합니다. 만일 직원이 근무로부터 자유로운 식사 시간을 보장받지 못한다면, 해당 직원은 식사에 할당된 전체 3 시간에 대한 급여를 지급받아야 합니다.

3. 각 교대 근무 형태에 대한 직원 급여율:

_____의 경우 시간 당 \$ _____
_____의 경우 시간 당 \$ _____
_____의 경우 시간 당 \$ _____

3a. 임금 동등 요율:

기본임금의 경우 시간당 \$ _____
가산임금의 경우 시간당 \$ _____
할증임금*의 경우 시간당 \$ _____

4. 수당:

☐ 없음
☐ 팁 _____ (시간당)
☐ 식사 _____ (식사당)
☐ 숙박 _____
☐ 기타 _____

5. 정기 급여일: _____

6. 급여 지급:

☐ 주 단위
☐ 격주 단위
☐ 기타: _____

7. 각 업무 형태 또는 교대 근무 시간에 대한 초과 근무 수당:

단일 급여율: 시간당 \$ _____
(이 수당은 거의 예외 없이 근로자의 정규 급여의 1.5 배 이상이어야 합니다.)

임금 동등 급여율: 시간당 \$ _____
(이 수당은 거의 예외 없이 근로자의 정규 급여의 1.5 배 이상이어야 합니다.)

복수 급여율: 시간당 \$ _____
(이 수당은 거의 예외 없이 근로자의

주당 복수 급여율에 대한 가중 평균의 최소 1.5 배 이상 이어야 합니다.

8. 직원 확인:

본 날짜에 본인은 본인의, 급여율, 초과 근무 수당(해당할 경우), 수당, 할증 및 지정 임금 지급일에 대한 통지를 받았습니다. 본인은 고용주에게 본인의 모국어가 무엇인지 알렸습니다.

본인의 모국어는

_____이며, 본인의 모국어로 된 본 급여 고지를 받았습니다.

정자체 직원 이름

직원 서명

날짜

작성자 이름 및 직책

직원은 이 양식의 서명된 사본을 받아야 합니다. 고용주는 원본을 6 년간 보관해야 합니다.

참조: 보호 계층 신분의 직원에게 비보호 계층 신분의 직원보다 적은 임금을 지급하는 것은 불법이며, 이는 직원이 실질적으로 동일한 업무를 수행하는 경우에 해당합니다. 고용주는 또한 직원들이 동료와 그들의 임금에 대해 논의하는 것을 금지할 수 없습니다.

*임금 동등 할증 고지 페이지 2 를 첨부하세요.

간병인의 임금 동등에 관한 LS 62 고지 - (계속)
간병인 총 수당의 최소 요율에 대한 혜택 부분

	시간당 요율	유형 (할증)	이름 및 주소 (제공자)	동의/ 플랜 정보
할증 번호	\$ XXX	(연금, 복지, 또는 기타)	혜택을 제공하는 회사 또는 조직의 이름과 주소 삽입	혜택을 생성하는 플랜 또는 계약 식별(예: 조합 지역 1 호 단체 협약 또는 보험 회사 X 혜택 플랜)
할증 1 번				
할증 2 번				
할증 3 번				

* 여러 Taft-Hartley 다중고용 플랜 때문에 임금 할증이 일회 단위로 지급될 경우, (1) 할증 또는 혜택 패키지에 대해 지급된 총액, (2) 패키지에 포함된 혜택 유형(예: 연금, 건강 및 복지), (3) 해당 금액이 발송되는 단체의 이름과 주소 및 (4) 계약으로 동의한 관련 CBA 또는 서한만을 목록에 명시하십시오..

모든 추가 혜택을 나열한 다음 해당 목록을 이 문서에 첨부하십시오.

위의 목록에 있는 계약이나 요약본 사본은 다음을 필요로 합니다.

직원 확인:

본 일자에 본인은 본인의 급여율, 초과 근무 수당, 수당, 할증/혜택 및 지정된 임금 지급일에 대한 통지를 받았습니다. 이는 아래 표시된 날짜에 첨부된 다음 LS 62 양식과 추가 조항 삽입을 통해 제공되었습니다.

본인의 모국어는 직원 이_____입니다. 본인은 본인의 모국어로 이 급여 통지를 받았습니다 ☐ 예 ☐ 아니요.

름(정자체) 직원 서명: _____

작성자 이름 및 직책: _____ 서명한 날짜: _____