

| |
|---|
| Solo per uso interno: ID LS LCM PV <input type="checkbox"/> Priorità Taken by Data |
|---|

Modulo di reclamo presso la Division of Labor Standards

Usi il modulo per richiedere stipendi non pagati, deduzioni illegali, supplementi della retribuzione, salario minimo, straordinari, periodi senza pasti, ecc.

Nota: Questo modulo di reclamo è disponibile in lingue diverse dall'inglese. Qualsiasi persona che lavori nello Stato di New York può presentare reclamo al Dipartimento del Lavoro dello Stato di New York. Si assicuri di ottenere informazioni sulle modalità di presentazione dei reclami (LS223.2) prima di compilare il modulo.

Risponda a tutte le domande di ogni sezione rilevante per il suo reclamo. L'inserimento di informazioni complete ci aiuta a riesaminare il reclamo e autorizzarlo per le indagini. Restituisca il modulo compilato all'indirizzo sopra indicato.

Se le informazioni in nostro possesso non risulteranno sufficienti o se il reclamo risultasse non valido, la contatteremo. Se ha domande sulla compilazione del modulo, telefoni al (888) 469-7365.

Non possiamo accettare le seguenti domande per stipendi o supplementi:

- Per lavori svolti fuori dallo Stato di New York.
- Da qualsiasi persona che abbia rivestito posizioni amministrative, dirigenziali o professionali e abbia percepito più di 900 \$ lordi a settimana (è esclusa dalla copertura ai sensi delle Sezioni 190[7] e 198-c[3]).
- Da persone assunte da enti pubblici, come paesi, contee o città.
- Da soggetti che lavorano per se stessi.
- Per lavori svolti nell'ambito di progetti di lavoro pubblici (usare il modulo PW-4).

Sezione 1. Persona che presenta reclamo (Dati dipendente/reclamante)

1. Nome:(nome)_____ (secondo nome) _____ (cognome)_____
2. Altro nome con cui è noto sul lavoro: _____
3. Indirizzo postale: N.: _____ Via: _____ N. app. _____
Città/località: _____ Contea: _____ Stato: _____ Codice postale: _____
4. Telefono: (_____) _____ 5. Altro telefono:(_____) _____
6. E-mail: _____ 7. Lingua primaria/preferita: _____

Sezione 2. Soggetto contro cui viene presentato reclamo (dati azienda/titolare)

- 8a. Nome commerciale: _____
- 8b. Denominazione legale (se diversa): _____
- 8c. Tipo di entità legale: Impresa individuale LLC Partnership Corporation Altro: _____
- 8d. Indirizzo postale: N°: _____ Via: _____ n° Piano/Stanza/Suite: _____
Città/località: _____ Contea: _____ Stato: _____ Codice postale: _____
- 8e. Telefono di lavoro: (_____) _____ 8f. E-mail: _____

- 9a. Nome e titolo del titolare: _____
- 9b. Indirizzo postale: N°: _____ Via: _____ N° int.: _____
Città/località: _____ Contea: _____ Stato: _____ Codice postale: _____
- 9c. Telefono titolare: (_____) _____ 9d. E-mail: _____
10. Tipo di attività: ristorante negozio al dettaglio aiuto domestico edilizia ufficio altro: _____
11. Orari di servizio dell'attività: _____ 12. N. totale di dipendenti: _____
- 13a. L'azienda è ancora in attività? Sì No 13b. Se "No", quando è cessata l'attività? _____
14. Nome e sede della banca del titolare (allegare copia o cedola dell'assegno): _____
15. È stata presentata domanda di bancarotta? Sì No Non so

Sezione 3. Persona che presenta reclamo (Dati sul rapporto di lavoro)

16. Qualifica: _____ 17. Tipo di lavoro svolto: _____
18. Data di assunzione: _____ 19. Nome e titolo della persona che ha effettuato l'assunzione: _____
20. Nome del manager/supervisore/responsabile: _____
21. Nome della persona che ha versato la retribuzione: _____
22. Indirizzo sede di lavoro: N°: _____ Via: _____ N° Piano/stanza/suite: _____
Città/località: _____ Contea: _____ Stato: _____ Codice postale: _____
23. Viaggia regolarmente fuori dallo Stato di New York per lavoro? Sì No
24. La sua relazione con l'azienda: Ancora assunto Licenziato Dimesso Congedato temporaneamente
- 25a. Ultimo giorno di lavoro: _____ 25b. Motivo delle dimissioni: _____
- 26a. Lei era iscritto a un sindacato? Sì No 26b. Se "Sì", nome e numero locale sindacato: _____
- 27a. La sua retribuzione: \$ _____ per Giorno Settimana Ora Altro _____
- 27b. Retribuzione per straordinario: \$ _____
- 28a. Riceveva regolarmente delle mance? Sì No 28b. Se "Sì", a quanto ammontavano in media ogni ora? _____
- 28c. Il datore di lavoro ha trattenuto le sue mance o quelle di altri dipendenti? No Sì - le sue Sì - quelle degli altri
- 28d. Se "sì", quanto? Spiegare: _____
- 29a. Qual era il suo giorno di paga? Lun Mar Mer Gio Ven Sab Dom
- 29b. Che periodo comprendeva? (ad es. da sabato a venerdì) _____
30. Quanto spesso veniva pagato? Ogni giorno Ogni settimana Ogni due settimane Altro _____
31. Come veniva pagato il suo stipendio? Contanti Assegno Bonifico bancario Carta di pagamento
 Combinazione: (spiegare: ad esempio, parte in contanti, parte con assegno) _____
- 32a. Doveva indossare una uniforme? Sì No 32b. Se "Sì", descriva l'uniforme: _____
- 32c. Le uniformi erano gratuite? Sì No 32d. Se "No", quante uniformi ha acquistato e quanto costavano? _____

Sezione 4. Reclamo per retribuzioni non versate

Compili questa sezione se le sono dovute retribuzioni (vedere Sez. 6 se le sono dovuti straordinari). Usi una riga per ogni settimana. Per retribuzione lorda, si intende l'importo percepito al lordo di tasse e deduzioni. Alleghi fogli separati per le settimane aggiuntive o per fornire altre informazioni.

| A. Data termine settimana di lavoro | B. Giorni lavorati nella settimana | C. Ore lavorate nella settimana | D. Retribuzione (percepita o promessa) | E. Trattenute illegali dallo stipendio (sanzioni, danni, ecc) | F. Stipendio lordo dovuto per la settimana | G. Stipendio lordo pagato (Scrivere l'importo qui se il datore ha pagato parzialmente lo stipendio) | H. Differenza tra stipendio lordo dovuto e stipendio lordo pagato |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|---|--|---|---|
| Es.: 4/4/2017 | 7 | 35 | \$ 16,00 per ora | | \$ 560 (CxD) | \$ 0 | \$ 560 (F-G) |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| I. Totale | | | | | | | |

33a. Se l'assegno non è stato onorato dalla banca, indicare il numero dell'assegno e la data di termine della settimana di pagamento. Se disponibile, fornire una copia dell'assegno: _____

33b. Periodo del reclamo: A quale periodo fa riferimento il suo reclamo per la retribuzione?

Data dal: _____ al: _____

Sezione 5. Congedo per malattia non retribuito

Compili questa sezione per il congedo retribuito per malattie che le è dovuto. La Sezione 196-b della Legge sul lavoro dello Stato di New York impone ai datori di lavoro con cinque o più dipendenti o con entrate nette superiori a 1 milione di dollari di prevedere congedi retribuiti per malattia ai dipendenti. Il 30 settembre 2020, i dipendenti rientranti nella copertura nello Stato di New York hanno iniziato a maturare i periodi di aspettativa nella misura di un'ora per ogni 30 ore di lavoro. Dal 1° gennaio 2021, i dipendenti potranno iniziare a usufruire del congedo maturato.

| A. Periodo congedo per malattia maturato | B. Quantità congedo per malattia maturato | C. Date di fruizione congedo per malattia | D. Congedi e permessi retribuiti dovuti | E. Retribuzione regolare | F. Importo pagamento indennità dovuto |
|--|---|---|---|--------------------------|---------------------------------------|
| Es.: 30/9/2020 - 8/1/21 | 16,5 ore | 11/1/21 | 8 ore | \$ 20/ora | \$ 160 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| G. Totale | | | | | |

Sezione 6. Reclamo per integrazioni salariali non versate

Compili questa sezione per le integrazioni salariali che le sono dovute. I supplementi sono indennità accessorie promesse dal datore di lavoro, come pagamenti per ferie, spese e festività, ecc.

34. Illustri le indennità promesse o allegghi una copia della policy o del manuale: _____

| A. Tipo di indennità dovuta | B. Periodo conseguimento indennità | C. Data scadenza pagamento indennità | D. Periodo di indennità dovuta | E. Importo del pagamento indennità dovuta | F. Integrazione salariale promessa da: |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---|---|
| Es.: Ferie retribuite | 1/1/16-31/12/16 | 1/1/17 | 1 settimana | \$ 700 | <input checked="" type="checkbox"/> Policy scritta <input type="checkbox"/> Promessa verbale |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Policy scritta <input type="checkbox"/> Promessa verbale |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Policy scritta <input type="checkbox"/> Promessa verbale |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Policy scritta <input type="checkbox"/> Promessa verbale |
| G. Totale | | | | | |

Sezione 7. Reclamo per salario minimo o straordinari non pagati

Compili questa sezione se ha ricevuto una retribuzione inferiore alla retribuzione oraria minima statale e/o non ha ricevuto gli straordinari, o se deve ricevere altri pagamenti per aver lavorato 2 turni in un giorno o più di 10 ore al giorno. La maggior parte dei dipendenti deve ricevere una retribuzione pari ad almeno il salario minimo con una % di straordinario se lavora per più di 40 ore a settimana.

35a. Riceve il salario minimo per ogni ora di lavoro? Sì No

35b. Riceve un pagamento pari al 150% per il lavoro svolto oltre 40 ore? Sì No

35c. Riceve qualche tipo di retribuzione per il lavoro svolto oltre le 40 ore? Sì No

35d. Se "Sì", quanto riceve all'ora? _____

35e. Riceve il pagamento di un'ora in più se lavora per 2 turni in un giorno o per più di 10 ore in un giorno?

Sì No

35f. Se ha risposto "No" a una qualsiasi delle domande precedenti, fornisca una spiegazione e compili la seguente tabella della sua settimana lavorativa: _____

| A. Giorno di lavoro | B. Ora inizio giorno di lavoro | C. Ora fine giorno di lavoro | D. Tempo di pausa per pasti | E. Ore totali |
|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------|
| Esempio | 10:00 | 23:00 | 30 min | 12,5 ore |
| Domenica | : | : | | |
| Lunedì | : | : | | |
| Martedì | : | : | | |
| Mercoledì | : | : | | |
| Giovedì | : | : | | |
| Venerdì | : | : | | |
| Sabato | : | : | | |
| F. Totale settimanale | | | | |

- 36a. Le ore di lavoro sopra indicate sono le stesse ogni settimana? Sì No
- 36b. Se "No", fornisca una stima del numero medio di ore di lavoro settimanali: _____
- 36c. Deve ricevere pagamenti per lavoro a chiamata o per la manutenzione delle uniformi? Se "Sì", spieghi e indichi le date.

- 36d. Periodo del reclamo: Quale periodo riguarda il suo reclamo per salario minimo o straordinari?
Data dal: _____ al: _____
- 36e. Fornisca informazioni sulla sua retribuzione regolare e per gli straordinari durante il periodo del reclamo di cui sopra.
- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| Data dal: _____ | al: _____ |
| Regolare: \$ _____ per _____ | Straordinario: \$ _____ per _____ |
| Data dal: _____ | al: _____ |
| Regolare: \$ _____ per _____ | Straordinario: \$ _____ per _____ |
| Data dal: _____ | al: _____ |
| Regolare: \$ _____ per _____ | Straordinario: \$ _____ per _____ |

Sezione 8. Sezione 8. Reclamo non legato alla retribuzione

Selezioni tutte le opzioni applicabili se intende presentare un reclamo non correlato alla retribuzione. Selezioni tutte le risposte pertinenti. Spieghi e alleggi un foglio aggiuntivo se necessario.

Il datore di lavoro ha ommesso di:

- 37a. Fornire un periodo di 30 minuti per i pasti _____
Riceveva una retribuzione per il tempo lavorato quando il datore non prevedeva la pausa per i pasti? Sì No
- 37b. Fornire un'attestazione della retribuzione (cedolino) _____
- 37c. Fornire un giorno di riposo _____
- 37d. Fornire il pagamento della retribuzione del dipendente tramite almeno uno dei seguenti metodi consentiti:
Contanti/Assegno/Accredito diretto/carta di debito payroll (carta di pagamento) _____
- 37e. Ottenere l'autorizzazione scritta del dipendente per il pagamento di stipendi tramite accredito diretto o carta di debito payroll.

- 37f. Fornire un preavviso di risoluzione del contratto _____
- 37g. Fornire una comunicazione sulla retribuzione corredata di tutte le informazioni obbligatorie _____
- 37h. Versare la retribuzione puntualmente _____
- 37i. Versare le retribuzioni indicate nei libri contabili _____
- 37j. Prevedere la maturazione del congedo per malattia imposta dallo Stato di New York _____
- 37k. Affiggere le notifiche e i poster sul salario minimo necessari _____
- 37l. Rispettare le regole sul lavoro minorile (meno di 18 anni) _____
- 37m. Altro _____

Sezione 9. Contesto del reclamo

- 38a. Ha chiesto la sua retribuzione? Sì No
- 38b. Se "Sì", fornisca spiegazioni. Spieghi quando, a chi e cosa è accaduto.

38c. Ha già intrapreso altre azioni, come rivolgersi a tribunali per piccole controversie o intentare causa, per recuperare i suoi stipendi?

Sì No

38d. Se "Sì", spieghi: _____

Sezione 10. Azione di ritorsione

39a. Si è mai lamentato di questa o altre infrazioni delle leggi sul lavoro con il suo datore di lavoro? Sì No

39b. Se "Sì", che cosa è successo? _____

39c. Vuole presentare un reclamo per ritorsione contro questo datore di lavoro? Sì No

Sezione 11. Assistenza per il reclamo

40a. Dispone di un rappresentante (come un avvocato privato o un gruppo di rappresentanza)? Sì No

40b. Se "Sì", scriva il nome della persona o del gruppo: _____

40c. Tale rappresentante l'ha assistita per la presentazione del reclamo? Sì No

40d. Ha pagato o prevede di pagare questo rappresentante? Sì No

40e. Vuole che parliamo con questo rappresentante in merito al suo reclamo? Sì No

In caso affermativo, il rappresentante deve inviare una Lettera per la rappresentanza (LS 11).

40f. Ha ricevuto assistenza per la compilazione di questo modulo da soggetti diversi da tale rappresentante? Sì No

40g. Se "Sì", chi l'ha aiutata e perché lo ha fatto? _____

Altri commenti/informazioni utili:

Attesto che le informazioni sopra riportate sono vere in base alle mie conoscenze; sono inoltre consapevole che sono previste sanzioni in caso di dichiarazioni false. Autorizzo il Commissario del lavoro, i vice o gli agenti a ricevere, avallare sul mio nome e depositare sul conto del Dipartimento del Lavoro qualsiasi assegno o vaglia emesso a mio nome come pagamento correlato a questo reclamo. Comunicherò al Dipartimento del Lavoro dello Stato di New York le eventuali variazioni dei miei dati di contatto.

Firma del reclamante

Data

Inviare il modulo compilato all'indirizzo riportato a Pagina 1.