



급여율 및 급여일 통지문 및 확인서
뉴욕주 노동법 섹션 195.1에 의거
면제 직원에 대한 통지

1. 고용주 정보

이름: _____

상호명(DBA): _____

연방 사업자 번호(FEIN)(선택사항): _____

실제 주소: _____

우편 주소: _____

2. 통지 시점:

고용 시

급여율, 청구 수당 또는 급여일 변경 전

3. 직원의 급여율: 시급, 월급, 일당, 성과급 또는 기타 기준 중에서 무엇을 기준으로 급여가 지급되는지 명시하십시오.

고용주는 위탁 판매원을 제외하고 호스피탈리티 업종의 비직원에게 비 시간당 급여를 지급할 수 없습니다.

- 4. 수령 수당:**
- 없음
- 팁 _____ 시간 당
- 식사 _____ 한 끼당
- 숙박 _____
- 기타 _____

5. 정기 급여일: _____

- 6. 급여 지급:**
- 주 단위
- 격주 단위
- 기타: _____

7. 초과근무수당:
 몇 가지 예외를 제외하고 뉴욕주의 대부분의 근로자는 주당 40시간 이상 근무한 모든 시간에 대해 정규 임금의 최소 1.5배를 받아야 합니다. 제한된 수의 직원은 최저 임금의 1.5배로 초과근무수당만 받거나 전혀 받지 않아야 합니다.

이 직원은 다음 면제에 따라 초과 근무가 면제됩니다(선택 사항): _____

8. 직원 확인란:
 본 일자에, 본인은 본인의 임금을, 초과근무수당(해당되는 경우), 수당 및 명시된 임금 지급일에 대한 통지를 받았습니다. 본인은 고용주에게 본인의 기본 언어가 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 6년간 보관해야 합니다.

참고사항: 동일한 업무에 대해 이성 직원보다 적은 급여를 지급하는 것은 불법입니다. 고용주는 직원들이 동료들과 임금을 논의하는 것을 금지해서는 안 됩니다.