

## Formulaire de plainte sur les normes du travail

Utilisez ce formulaire pour réclamer des salaires impayés, des déductions illégales, des compléments de salaire, le salaire minimum, des heures supplémentaires, l'absence de période de repas, etc.

**Remarque :** Ce formulaire de plainte est disponible dans d'autres langues en dehors de l'anglais. Toute personne travaillant dans l'État de New York peut déposer une plainte auprès du département du travail de l'État de New York. Assurez-vous de lire les informations sur le dépôt d'une réclamation (LS223.2) avant de remplir ce formulaire.

Veuillez répondre à toutes les questions pour chaque partie relative à votre demande. Le fait de fournir des informations complètes nous aide à examiner votre plainte et à l'accepter pour enquête. Renvoyez votre formulaire rempli à l'adresse ci-dessus.

Nous vous contacterons si nous n'avons pas suffisamment d'informations pour poursuivre l'enquête ou si votre réclamation paraît invalide. Si vous avez des questions sur la façon de remplir ce formulaire, appelez le (888) 469-7365.

### Nous ne pouvons pas accepter les demandes de salaire ou de supplément suivantes :

- Pour les travaux effectués en dehors de l'État de New York.
- De toute personne employée dans une capacité administrative, exécutive ou professionnelle qui gagne plus de 1300 \$ bruts par semaine (ils sont exclus de la couverture en vertu des articles 190[7] et 198-c[3]).
- Des personnes employées par une entité publique telle qu'une ville, un comté ou une municipalité.
- De la part d'individus qui sont en affaires pour eux-mêmes.
- Pour les travaux effectués dans le cadre d'un projet de travaux publics (utiliser le formulaire PW-4).

### Partie 1. Personne qui soumet la réclamation (Renseignements sur l'employé/le plaignant)

1. Prénom : (premier) (second prénom) (nom de famille)
2. Autre nom connu dans le cadre du travail :
3. Adresse postale : N° : Rue : N° d'appt.  
Ville : Comté : État : Code postal :
4. Téléphone : ( ) 5. Autre téléphone : ( )
6. E-mail : 7. Votre langue maternelle/préférée :

### Partie 2. Réclamation déposée contre (Informations sur l'entreprise/le propriétaire de l'entreprise)

- 8a. Nom commercial :
- 8b. Nom légal (si différent) :
- 8c. Type d'entité juridique :  Individuel  LLC  Partenariat  Entreprise  Autre :
- 8d. Adresse postale : N° : Rue : N° Fl/Rm/Suite :  
Ville : Comté : État : Code postal :

8e. Téléphone de l'entreprise : (                    )

8f. E-mail :

9a. Nom(s) et titre(s) du (des) propriétaire(s) :

9b. Adresse postale : N° :

Rue :

N° d'appt. :

Ville :

Comté :

État :

Code postal :

9c. Téléphone du propriétaire : (                    )

9d. E-mail :

10. Type d'activité :  restaurant    magasin de vente au détail    aide ménagère    construction    bureau  
 autre :

11. Heures d'ouverture des bureaux :

12. Nombre total de salariés :

13a. L'entreprise est-elle toujours en activité ?  Oui    Non   13b. Si « Non », quand l'entreprise a-t-elle fermé ?

14. Nom et adresse de la banque de l'employeur (joindre une copie du chèque ou du talon de chèque) :

15. L'employeur a-t-il fait faillite ?  Oui    Non    Inconnu

### Partie 3. Personne qui soumet la réclamation (renseignements sur l'emploi)

16. Votre titre professionnel :

17. Type de travail que vous avez effectué :

18. Date d'embauche :

19. Nom et titre de la personne qui vous a embauché :

20. Nom(s) de votre responsable/superviseur/contremaître :

21. Nom de la personne qui a versé votre salaire :

22. Adresse du lieu de travail : N° :

Rue :

N° Fl/Rm/Suite :

Ville :

Comté :

État :

Code postal :

23. Avez-vous régulièrement voyagé en dehors de l'État de New York pour votre travail ?  Oui    Non

24. Votre rapport aux affaires :    Toujours en poste    Renvoyé    Démission    Mise à pied temporaire

25a. Dernier jour de travail :

25b. Motif du départ :

26a. Étiez-vous membre d'un syndicat ?  Oui    Non   26b. Si « Oui », nom du syndicat et numéro de la section locale :

27a. Votre taux de rémunération :                    \$ par  Jour    Semaine    Heure    Autre

27b. Votre taux de rémunération des heures supplémentaires :                    \$

28a. Recevez-vous régulièrement des pourboires ?  Oui    Non   28b. Si « Oui », combien en moyenne par heure ?

28c. Votre employeur a-t-il conservé vos pourboires ou ceux d'un autre employé ?  Non    Oui – le vôtre    Oui - d'autres

28d. Si « Oui », combien ? Veuillez expliquer :

29a. Quel était votre jour de paie ?  Lun    Mar    Mer    Jeu    Ven    Sam    Dim

29b. Quelle est la période couverte ? (par exemple, du samedi au vendredi)

30. Combien de fois avez-vous été payé ?    Quotidiennement    Chaque semaine    Toutes les deux semaines  
 Autre

31. Comment vos salaires étaient-ils payés ?  En espèces    Par chèque    Par dépôt direct    Par carte bancaire  
 Combinaison : (veuillez expliquer – p. ex. une partie en espèces et une partie par chèque)

32a. Étiez-vous tenu de porter un uniforme ?  Oui  Non 32b. Si « Oui », décrivez l'uniforme :

32c. Les uniformes étaient-ils gratuits ?  Oui  Non 32d. Si « Non », comment les uniformes ont-ils été achetés et combien ont-ils coûté ?

#### Partie 4. Réclamation de salaire impayé

Remplissez cette section si l'on vous doit des salaires (voir la partie 7 si l'on vous doit des heures supplémentaires). Utilisez une ligne pour chaque semaine. Le salaire brut veut dire le montant gagné avant impôts ou autres déductions. Joignez une ou plusieurs feuilles séparées pour les semaines supplémentaires ou pour donner d'amples informations.

A. Date de fin de la semaine de paie	B. Nombre de jours de travail au cours de la semaine	C. Heures de travail au cours de la semaine	D. Taux de rémunération (mérité ou promis)	E. Déductions illégales du salaire (p. ex. amendes, appoints, etc.)	F. Salaires bruts dus pour la semaine	G. Salaires bruts payés (Si l'employeur a payé une partie des salaires dus, inscrivez le montant ici)	H. Différence entre les salaires bruts dus et les salaires bruts payés
Ex. : 04/04/2017	7	35	16,00 \$ par heure		560 \$ (CxD)	0 \$	560 \$ (F-G)
<b>I. Total</b>							

33a. Si votre chèque de paie n'a pas été honoré par la banque, veuillez indiquer le numéro de chèque et la date de fin de semaine de paie. Si possible, fournissez une copie du chèque :

33b. Gamme de revendications : Quelle est la période couverte par votre demande de salaire ?

Date du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

#### Partie 5. Congé maladie payé non payé

Remplissez cette section pour les congés de maladie payés qui vous sont dus. L'article 196-b de la loi sur le travail de l'État de New York oblige les employeurs employant cinq personnes ou plus ou ayant un revenu net supérieur à un million de dollars à accorder des congés de maladie payés à leurs employés. Le 30 septembre 2020, les employés couverts de l'État de New York ont commencé à accumuler des congés à raison d'une heure pour chaque tranche de 30 heures travaillées. Le 1er janvier 2021, les employés pourront commencer à utiliser les congés accumulés.

A. Période d'accumulation des congés de maladie payés	B. Montant du congé de maladie payé accumulé	C. Date(s) d'utilisation du congé de maladie payé	D. Nombre d'heures de prestations dues	E. Taux de rémunération normal	F. Montant du paiement des prestations dû
Ex. : 30/09/20-08/01/21	16,5 heures	11/01/21	8 heures	20 \$/heure	160 \$
<b>G. Total</b>					

## Partie 6. Réclamation de supplément de salaire impayé

Remplissez cette section pour les compléments de salaire qui vous sont dus. Les suppléments de salaire sont des versements des avantages sociaux promis par l'employeur tels que : frais, indemnités de congés payés, etc.

34. Expliquez les avantages promis ou joignez une copie de la politique écrite/du manuel :

A. Type d'avantage dû	B. Période de temps où l'avantage est acquis	C. Date d'échéance du paiement des avantages	D. Montant des avantages dû	E. Montant du paiement des avantages dû	F. Avantages promis par :
Ex. : Vacances rémunérées	du 1/1/16 au 31/12/16	01/01/17	1 semaine	700 \$	<input checked="" type="checkbox"/> politique écrite <input type="checkbox"/> promesse verbale
					<input type="checkbox"/> politique écrite <input type="checkbox"/> promesse verbale
					<input type="checkbox"/> politique écrite <input type="checkbox"/> promesse verbale
					<input type="checkbox"/> politique écrite <input type="checkbox"/> promesse verbale
<b>G. Total</b>					

## Partie 7. Réclamation de salaire minimum ou d'heures supplémentaires impayés

Remplissez cette section si vous avez été payé en dessous du salaire horaire minimum de l'État et/ou si vous n'avez pas été payé pour des heures supplémentaires, ou si vous avez droit à une rémunération supplémentaire pour avoir travaillé en deux équipes dans la même journée, ou pour avoir travaillé plus de 10 heures dans la même journée. La plupart des employés doivent être payés au moins au salaire minimum et à temps et la moitié s'ils travaillent plus de 40 heures par semaine.

35a. Êtes-vous payé au salaire minimum pour chaque heure travaillée ?  Oui  Non

35b. Êtes-vous payé en temps et ½ pour les heures travaillées au-delà de 40 ?  Oui  Non

35c. Recevez-vous un salaire pour les heures travaillées au-delà de 40 heures ?  Oui  Non

35d. Si « Oui », combien par heure ?

35e. Êtes-vous rémunéré en heures supplémentaires si vous travaillez deux fois dans la même journée ou si vous travaillez plus de 10 heures dans une même journée ?

Oui  Non

35f. Si vous avez répondu par « Non » à l'une des questions ci-dessus, veuillez expliquer et remplir l'horaire de votre semaine de travail ci-dessous :

A. Jour ouvrable	B. Heure de début de la journée de travail	C. Heure de fin de la journée de travail	D. Pause repas	E. Total des heures
Exemple	10 h 00	23 h 00	30 min	12,5 heures
Dimanche	:	:		
Lundi	:	:		
Mardi	:	:		
Mercredi	:	:		
Jeudi	:	:		
Vendredi	:	:		
Samedi	:	:		
<b>F. Total hebdomadaire</b>				

- 36a. Les heures de travail énumérées ci-dessus sont-elles les mêmes chaque semaine ?  Oui  Non
- 36b. Si « Non », veuillez fournir votre estimation du nombre moyen d'heures travaillées par semaine :
- 36c. Avez-vous droit à une indemnité de rappel au travail ou à une indemnité d'entretien de l'uniforme ? Si oui, veuillez expliquer et fournir des dates.
- 36d. Gamme de revendications : Sur quelle période porte votre réclamation concernant le salaire minimum ou les heures supplémentaires ?  
Date du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_
- 36e. Fournissez des informations sur vos taux de rémunération réguliers et pour les heures supplémentaires pendant la période de réclamation ci-dessus.
- |                 |        |                          |        |
|-----------------|--------|--------------------------|--------|
| Date du :       |        | au :                     |        |
| Taux régulier : | \$ par | Heures supplémentaires : | \$ par |
| Date du :       |        | au :                     |        |
| Taux régulier : | \$ par | Heures supplémentaires : | \$ par |
| Date du :       |        | au :                     |        |
| Taux régulier : | \$ par |                          | \$ par |

## Partie 8. Plainte non salariale

**Cochez les cases qui s'appliquent si vous souhaitez déposer une plainte non liée au salaire. Cochez toutes les cases qui s'appliquent. Veuillez expliquer et fournir une feuille supplémentaire si nécessaire.**

L'employeur a omis de :

- 37a.  Accorder une pause repas de 30 minutes \_\_\_\_\_  
Avez-vous été payé pour le temps travaillé lorsque l'employeur n'a pas accordé la pause repas ?  Oui  Non
- 37b.  Fournir une attestation de salaire (fiche de paie) \_\_\_\_\_
- 37c.  Accorder un jour de repos \_\_\_\_\_
- 37d.  Fournir une communication sur le taux de rémunération avec toutes les informations nécessaires \_\_\_\_\_
- 37e.  Prévoir l'accumulation des congés maladie payés obligatoires de l'État de New York \_\_\_\_\_
- 37f.  Afficher les avis requis/affiche sur le salaire minimum \_\_\_\_\_
- 37g.  Respecter les règles relatives à l'emploi des mineurs (moins de 18 ans) \_\_\_\_\_
- 37h.  Autres : \_\_\_\_\_

## Partie 9. Motif de la réclamation

- 38a. Avez-vous demandé votre salaire ?  Oui  Non
- 38b. Si la réponse est « oui », veuillez expliquer. À qui et quand avez-vous demandé, et que s'est-il passé ?

---



---

38c. Avez-vous déjà pris des mesures, telles que le dépôt d'une plainte auprès de la cour des petites créances ou d'une action en justice, pour récupérer vos salaires ?

Oui  Non

38d. Si la réponse est « oui », veuillez expliquer.

## **Partie 10. Assistance en matière de réclamation**

39a. Avez-vous un représentant (par exemple, un avocat privé, un groupe de défense) ?  Oui  Non

39b. Si « Oui », indiquez le nom de la personne ou du groupe :

39c. Ce représentant vous a-t-il aidé à déposer cette demande ?  Oui  Non

39d. Avez-vous payé, ou prévoyez-vous de payer, ce représentant ?  Oui  Non

39e. Voulez-vous que nous parlions de votre demande à ce représentant ?  Oui  Non

Si oui, les mandataires doivent soumettre une lettre de représentation (LS 11).

39f. Est-ce que quelqu'un, autre que le représentant, vous a aidé à remplir ce formulaire ?  Oui  Non

39g. Si « oui », qui vous a aidé et pourquoi ?

### **Autres commentaires/Informations utiles :**

En soumettant cette réclamation, vous reconnaissez et comprenez que le NYSDOL, à la discrétion de l'autorité du commissaire au travail, évaluera votre réclamation en vue d'une enquête, déterminera l'étendue de l'enquête pour toute réclamation retenue et traitera les réclamations aussi rapidement que possible. Le suivi des réclamations et la résolution des violations seront déterminés par le Commissaire du travail.

**Je certifie que les informations ci-dessus sont vraies à ma connaissance et je reconnais qu'il existe des sanctions pour les fausses déclarations. J'autorise le Commissaire du travail, ses adjoints ou agents à recevoir, endosser mon nom, et déposer sur le compte du Commissaire du travail tout chèque ou mandat à mon nom en paiement de cette réclamation. J'informerai le Département du travail de l'État de New York si mes coordonnées changent.**

Signature du demandeur

Date

Renvoyez votre formulaire rempli à l'adresse indiquée à la page 1.