



在宅介護助手の同一労働同一賃金およびその他の仕事を対象としたニューヨーク州労働法195.1条に基づく賃金レートと給料日に関する通知と認知

1. 雇用主の情報

氏名:

屋号 (DBA):

FEIN (任意):

実在住所:

郵送先住所:

電話番号:

2. 通知の時期:

- 雇用時
賃金レート、請求された手当、または給料日の変更前

注意: 住み込みの従業員に対しては、8時間の睡眠、5時間の連続した睡眠、および3時間の食事休憩を条件として、24時間あたり最低でも13時間分の賃金が支払われなければなりません。

3. 各仕事シフトの種類に対する従業員の賃金レート:

\$ /時
\$ /時
\$ /時

3a. 同一労働同一賃金レート:

\$ /時 基本給
\$ /時 割増賃金
\$ /時 補填賃金*

4. 手当:

- なし
チップ /時
食事 /食
宿泊
その他

5. 定期的な給料日:

- 支払い頻度:
毎週
隔週
その他:

7. 仕事またはシフトの種類ごとの残業レート:

単一賃金レート: \$ /時
労働者の正規料金の1.5倍以上でなければなりません、例外もあります。

同一労働同一賃金レート: \$ /時
労働者の正規料金の1.5倍以上でなければなりません、例外もあります。

複数賃金レート: \$ /時
これは、少数の例外を除き該当する週の、労働者の複数の賃金レートの加重平均の1.5倍以上である必要があります。

8. 従業員への認知事項:

本日、私は自分の賃金レート、残業代(対象者のみ)、各種手当、各種補填、指定された給料日についての通知を受け取りました。私は雇用主に、私の主要言語が何かを伝えました。

私の主要言語は、

であり、私は、この給与通知書を私の主要言語で受け取りました。

従業員の氏名 (活字体)

従業員の署名

日付

作成者の氏名および役職名

従業員は、この用紙の署名入りコピーを受け取らなければなりません。雇用主は、原本を6年間保管しなければなりません。

注意: 実質的に同じ仕事をしている場合、保護された地位にある従業員が、保護された地位にない従業員よりも低い賃金を支払われることは違法です。雇用主は、従業員が同僚と賃金について話し合うことを禁止することもできません。

*同一労働同一賃金の補填に関する通知を2ページに添付。

LS 62 在宅介護助手の同一労働同一賃金に関する通知 - (続き)
在宅介護助手報酬総額の最低レートにおける給付金分

	時間ごとの レート	補填の種類	請負業者の名前および住所	契約/プラン情報
補填番号	\$ XXX	(年金、福祉、その他)	給付金を提供する会社または組織の名称および所在地を入力	現地労働組合番号1、団体交渉契約や保険会社X福利厚生プランなど、給付金を出すプランや契約を特定
補填番号1				
補填番号2				
補填番号3				

*複数のタフト・ハートレーの複数雇用主プランに対する単一の支払いとして賃金補填が支払われる場合は、以下のみを記載してください。(1) 補填給付または給付パッケージのために支払われた総額。(2) パッケージに含まれる給付の種類、例えば、年金、健康福祉、その他。(3) 送金先の名前および住所。および(4) 当該CBAまたは同意書を協定とします。

追加の給付金がある場合はその一覧を作成し、当文書に添付してください。

上記の契約または要約のコピーは、次の方法で入手できます。

従業員への認知事項：

本日、私は、添付の本フォーム（LS 62）と本補遺に記載されている賃金レート、残業代、各種手当、補填/給付金、指定された給料日に関する通知を以下の日付で受領しました。

私の主要言語は、 _____ です。私は、この給与通知書を私の主要言語で受け取りました。 はい いいえ

従業員の氏名（活字体）： _____

従業員の署名： _____ 署名した日付： _____

作成者の氏名および役職名： _____