



带薪探亲假 · PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

当您使用带薪探亲假后返回工作时，您有权享有返回至相同的或类似的工作岗位。

员工说明

在您申请或者使用带薪探亲假后，如果您的雇主发生下述情况，则请使用本表格：

- 拒绝让您复职到原来的或类似的岗位，
- 终止您的雇佣关系，
- 降低您的薪资和/或福利，和/或
- 以任何方式处罚您。

如果您认为已发生任何上述情况，则您**务必首先**使用本表格正式申请复职。

1. 填写本表格的 A、B 和 C 部分。
2. 复制所有页面的副本并将副本交付给您的雇主。
3. 一旦您已交付副本，立即填写本表格的 D 部分。切勿等待您的雇主填妥 E 部分。
4. 复制所有页面的副本，以保存您的记录。
5. 将本表格的副本（已填妥 A、B、C 和 D 部分）发送至**工伤赔偿局：带薪探亲假，PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** 或者发送电子邮件至 PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov。

接下来发生什么？

您的雇主自本申请的填写日期*起有 30 天时间可以：

1. 采取纠正措施，这可能包括让您复职到相同的或类似的岗位；或者
2. 填妥本表格的 E 部分，向您解释其认为不需要纠正措施的原因。

如果您的雇主让您复职，则无必要采取进一步措施。

如果您未获得复职，您对您的雇主的回应不满意，或者您的雇主未在 30 天内回应本申请：

- 然后您可以提交带薪探亲假歧视/报复申诉 (PFL-DC-120)，此文件可以从 www.ny.gov/PaidFamilyLeave 获取。
- 您和您的雇主将被要求出席听证会，随后工伤赔偿法官将判决是否已违反法律。若已违反法律，您的雇主可能被责令让您复职，偿还薪资，和/或律师费。

* 自您在第 2 页的“确认交付”注明，确认将此表格交付给您的雇主之日开始 30 天。

雇主说明

雇主，这是来自一名员工的正式复职申请，该员工认为其因申请或者使用带薪探亲假而受到过歧视或报复。

请参阅第 3 页获取您的说明。

请勿扫描此页面



带薪探亲假 · PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

A 部分 — 由员工填写

员工信息

姓名(姓氏, 名字, 中间名首字母): _____ 出生日期: _____

街道地址: _____

城市, 州, 邮政编码: _____

电话号码: _____ 社会安全号码/纳税人识别号: _____

电子邮件地址: _____

员工性别: 男 女 第三性别

雇主信息 (与您的工资单上的信息相同)

雇主名称: _____

雇主的街道地址: _____

雇主的城市, 州, 邮政编码: _____

雇主电话号码: _____ 联邦雇主识别号码, 若已知 (FEIN): _____

带薪探亲假信息

勾选下列一项:

带薪探亲假已正式申请和准许 开始日期: _____ 结束日期: _____

带薪探亲假已正式申请和否决

其他 (请说明): _____

向雇主申请 (PFL-1) 或者提及带薪探亲假的日期 (如果适用): _____

带薪探亲假的类型: 与孩子建立亲密关系 照顾家庭成员 服役相关事件

律师信息 (如果您在此事件上已获得律师, 则请填写下列内容)

律师姓名: _____

律师的街道地址: _____

律师的城市, 州, 邮政编码: _____

律师电话号码: _____ 委员会识别号码 (若有): _____

B 部分 — 由员工填写

员工的复职申请 — 使用下面的复选框, 注明您认为您的雇主必须采取的纠正措施 (勾选所有适用项)。

我已申请或者使用带薪探亲假并且:

我的雇佣关系已被终止并且我想要得回我的工作。

我的工作时间已被降低或更改。我想要回到与我申请或者使用带薪探亲假之前相同的工作时间表。

我的工作职责已变更。我想要回到与我申请或者使用带薪探亲假之前相同的或类似的工作。

我的福利已被取消或降低。我想要我的福利回到与我申请或者使用带薪探亲假之前相同的水平。(福利可能包括, 例如, 健康保险)。

其他/附加信息 (请说明):



C 部分 – 由员工填写

根据伪证罪处罚的规定, 本人确认, 据本人所知, 在此提供的信息属实:

员工签名

日期

员工请注意: 将本表格的副本 (已填写 A-C 部分) 交给您的雇主之后, 填写 D 部分并将所有页面发送至 **Workers' Compensation Board: Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** 或者发送电子邮件至 PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov 并且保留您的记录的副本。

D 部分 – 由员工填写

确认交付

根据伪证罪处罚的规定, 本人特此证明, 本人于 _____ 向 A 部分所列出的雇主交付了关于带薪探亲假的正式复职申请的副本, 方式是 (勾选下列一项): _____ 日期

将其邮寄至本表格上列出的雇主地址

亲自交付至:

名称: _____

街道地址: _____

城市, 州, 邮政编码: _____

发送电子邮件附件至:

名称: _____

电子邮件地址: _____

传真至 _____

员工签名

日期



雇主说明

根据工伤赔偿法第 203-b 和 120 部分的规定, 如果任何员工申请使用带薪探亲假:

- 您必须让其复职到原来的或类似的岗位,
- 您不得解雇他们,
- 您不得降低其薪资和/或福利,
- 您不得因申请或使用带薪探亲假而处罚他们。

自本申请填写日期的 **30 天**之内, 您需要:

1. 采取纠正措施, 这可能包括让员工复职到相同的或类似的岗位; 或者
2. 填写本表格的 E 部分, 向员工解释未准许纠正措施的原因。可以发送单独的回应, 但必须随附于本表格。本表格的第 1-3 页和任何附件必须发送给员工、员工的律师 (如果本表格上已列出律师) 以及 **Workers' Compensation Board: Paid Family Leave PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** 或者发送电子邮件至 PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov。

未让员工复职可以导致对您施加保险不予承保的损害。

如果员工获得复职或者在其收到您对此申请的回应后不想提出歧视/报复申诉, 则不需要进一步措施。否则, 30 天后, 员工有权向工伤赔偿局提出申诉。如果工伤赔偿局查明您已违反工伤赔偿法第 203-b 和/或 120 部分, 则该局可能责令您让该员工恢复到类似的工作, 给予自休假结束时开始的付息损失薪资, 给予律师费, 和/或评估对您处以最高达 500 美元的罚款。

* 自员工在第 2 页的“确认交付”部分注明, 确认将此表格交付给雇主之日开始 30 天。

雇主请注意: 当提交您的回应时, 将本表格的 1-3 页 (已填写 E 部分) 发送至工伤赔偿局: 带薪探亲假, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030 或者发送电子邮件至 PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov。

E 部分 – 由雇主填写

雇主对员工复职申请的回应

名称: _____

街道地址: _____

城市, 州, 邮政编码: _____

电话号码: _____ 联邦雇主识别号码 (FEIN): _____

通过勾选适用的理由注明您的辩护。您也可以将附加文件资料附于本表格, 以支持您的辩护。

- 员工申请或使用带薪探亲假之前所在的轮班已消除。
- 员工申请或使用带薪探亲假之前的加班时间不再可用。
- 员工从未申请或使用带薪探亲假。
- 员工/申请人未受雇于本企业。
- 其他/附加信息 (请说明):

雇主签名 _____ 日期 _____

正楷书写姓名 _____

