



Congé familial payé • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030.

Vous avez le droit de retrouver le même poste ou un poste similaire lorsque vous retournez travailler après un congé familial payé.

Consignes pour l'employé(e)

Utilisez ce formulaire si, après que vous ayez demandé ou pris un congé familial payé, votre employeur :

- Refuse de vous réintégrer à votre poste initial ou à un poste comparable,
- Met fin à votre emploi,
- Réduit votre salaire et/ou vos avantages, et/ou
- Vous sanctionne de quelque manière que ce soit.

Si vous pensez que l'une de ces situations s'est produite, vous **devez d'abord** demander officiellement votre réintégration en utilisant ce formulaire.

1. Remplissez les sections A, B et C de ce formulaire.
2. Faites une copie de toutes les pages et remettez la copie à votre employeur.
3. Une fois que vous avez remis la copie, remplissez immédiatement la section D de ce formulaire. N'attendez PAS que votre employeur remplisse la section E.
4. Faites une copie de toutes les pages pour les conserver dans vos dossiers.
5. Envoyez une copie du formulaire (avec les sections A, B, C et D remplies) à la **Commission des accidents du travail : Congé familial payé à PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** ou par courrier électronique à PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov.

Que se passe-t-il ensuite ?

Votre employeur dispose de 30 jours à compter de la date de dépôt* de cette demande pour :

1. Prendre des mesures correctives, qui peuvent inclure votre réintégration au même poste ou à un poste comparable ; ou
2. Remplir la section E du présent formulaire, en vous expliquant pourquoi il estime qu'aucune mesure corrective n'est nécessaire.

Si vous êtes réintégré(e) par votre employeur, aucune autre action n'est nécessaire.

Si vous n'êtes PAS réintégré(e), si vous n'êtes pas satisfait(e) de la réponse de votre employeur, ou si votre employeur ne répond pas à cette demande dans les 30 jours :

- Vous pouvez alors déposer une *Plainte pour discrimination/représailles en lien avec un congé familial payé (PFL-DC-120)* disponible sur www.ny.gov/PaidFamilyLeave.
- Vous et votre employeur devrez comparaître à une audience devant un juge spécialiste du droit des accidents du travail qui décidera si la loi a été violée. Si c'est le cas, il peut être ordonné à votre employeur de vous réintégrer et de vous verser des arriérés de salaire et/ou des honoraires d'avocat.

* Le délai de 30 jours commence le jour où vous avez certifié la remise de ce formulaire à votre employeur, comme indiqué dans la section « Attestation de remise » de la page 2.

Consignes pour l'employeur

Employeurs, ceci est une demande formelle de réintégration émanant d'un(e) employé(e) qui estime avoir été victime de discrimination ou de représailles pour avoir demandé ou pris un congé familial payé.

Veuillez consulter la page 3 pour vos consignes.

NE PAS SCANNER CETTE PAGE



Congé familial payé • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030.

Section A - À remplir par l'employé(e)

Informations sur l'employé(e)

Nom (Nom de famille, prénom, initiale du 2^e prénom) : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville, État, code postal : _____

N° de téléphone : _____ N° de sécurité sociale/N° d'identification fiscale : _____

Adresse électronique : _____

Genre de l'employé(e) : Homme Femme Non désigné/autre

Informations sur l'employeur (TELLES QU'ELLES APPARAISSENT SUR VOTRE FICHE DE PAIE)

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Ville, État, code postal de l'employeur : _____

N° de téléphone de l'employeur : _____ N° d'identification fédérale (FEIN), si vous le connaissez : _____

Informations sur le congé familial payé

Cochez l'UNE des cases suivantes :

Le congé familial payé a été officiellement demandé et accordé. Date de début : _____ Date de fin : _____

Le congé familial payé a été officiellement demandé et refusé.

Autre (VEUILLEZ EXPLIQUER) : _____

Date à laquelle la demande (PFL-1) ou la mention du congé familial payé a été faite à l'employeur (le cas échéant) : _____

Type de congé familial payé : Établissement de liens avec un enfant Prise en charge d'un membre de la famille Événement militaire qualifiant

Informations sur l'avocat (VEUILLEZ REMPLIR LES INFORMATIONS SUIVANTES SI VOUS AVEZ FAIT APPEL À UN AVOCAT DANS CETTE AFFAIRE)

Nom de l'avocat : _____

Adresse de l'avocat : _____

Ville, État, code postal de l'avocat : _____

N° de téléphone de l'avocat : _____ N° ID de la Commission (LE CAS ÉCHÉANT) : _____

Section B - À remplir par l'employé(e)

Demande de réintégration de l'employé(e) - En utilisant les cases à cocher ci-dessous, indiquez la mesure corrective que vous pensez que votre employeur doit prendre (COCHEZ TOUTES LES CASES QUI S'APPLIQUENT).

J'ai demandé ou pris un congé familial payé et :

Mon emploi a pris fin et je veux retrouver mon emploi.

Mes horaires ont été réduits ou modifiés. Je veux retrouver le même horaire qu'avant ma demande ou ma prise de congé familial payé.

Les fonctions de mon emploi ont changé. Je veux retrouver le même emploi ou un emploi comparable à celui que j'occupais avant ma demande ou ma prise de congé familial payé.

Mes prestations ont été supprimées ou réduites. Je souhaite que mes prestations soient rétablies au même niveau qu'avant ma demande ou ma prise de congé familial payé. (Les prestations peuvent comprendre, par exemple, l'assurance maladie).

Autres/Informations supplémentaires (VEUILLEZ EXPLIQUER) :



Section C - À remplir par l'employé(e)

J'AFFIRME, SOUS PEINE DE PARJURE, QUE LES INFORMATIONS FOURNIES AUX PRÉSENTES SONT, À MA CONNAISSANCE, EXACTES :

Signature de l'employé(e) Date _____

Remarque pour l'employé(e) : Après avoir remis une copie de ce formulaire (avec les sections A à C remplies) à votre employeur, remplissez la section D et envoyez toutes les pages à la **Commission des accidents du travail : Congé familial payé à PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** ou par courrier électronique à PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov et conservez-en une copie pour vos dossiers.

Section D - À remplir par l'employé(e)

Attestation de remise

Je certifie par la présente, sous peine de parjure, que j'ai remis une copie de la présente Demande formelle de réintégration concernant le congé familial payé à l'employeur indiqué à la section A le _____ de la manière suivante (COCHEZ L'UNE DES OPTIONS SUIVANTES) : Date _____

Je l'ai envoyée par courrier à l'adresse de l'employeur indiquée dans le présent formulaire

Je l'ai remise personnellement à :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville, État, code postal : _____

Je l'ai jointe à un courrier électronique adressé à :

Nom : _____

Adresse électronique : _____

Je l'ai envoyée par fax à : _____

Signature de l'employé(e) Date _____



Consignes pour l'employeur

En vertu des articles 203-b et 120 de la loi sur les accidents du travail, si un employé demande à prendre un congé familial payé :

- Vous devez le réintégrer à son poste initial ou à un poste comparable,
- Vous ne pouvez PAS le licencier,
- Vous ne pouvez PAS réduire son salaire et/ou ses avantages,
- Vous ne pouvez PAS prendre de mesures disciplinaires à son encontre pour avoir demandé ou pris un congé familial payé.

Dans les **30 jours** suivant la date de dépôt* de cette demande, vous devez :

1. Prendre des mesures correctives, qui peuvent inclure la réintégration de l'employé(e) au même poste ou à un poste comparable ; ou
2. Remplir la section E de ce formulaire, en expliquant à l'employé(e) pourquoi la mesure corrective ne sera pas autorisée. Une réponse distincte peut être envoyée, mais elle doit être jointe au présent formulaire. **Les pages 1 à 3 de ce formulaire et toutes les pièces jointes doivent être envoyées à l'employé(e), à son avocat (s'il figure sur le formulaire) et à la Commission des accidents du travail : Congé familial payé à PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** ou par courrier électronique à PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov.

Si vous ne réintégrez pas un(e) employé(e), vous risquez de vous voir infliger des dommages et intérêts qui ne sont pas couverts par l'assurance.

Si l'employé(e) est réintégré(e) ou ne souhaite pas déposer une plainte pour discrimination/représailles après avoir reçu votre réponse à cette demande, aucune autre action n'est requise. Dans le cas contraire, après 30 jours, l'employé(e) a le droit de déposer une plainte auprès de la Commission des accidents du travail. Si la Commission estime que vous avez enfreint la ou les articles 203-b et/ou 120 de la loi sur les accidents du travail, elle peut vous ordonner de rétablir l'employé(e) dans un emploi comparable, de lui accorder les salaires perdus à partir de la fin du congé avec intérêts ou de lui accorder les honoraires d'avocat et/ou vous imposer une pénalité pouvant aller jusqu'à 500 dollars.

* Le délai de 30 jours commence le jour où l'employé(e) a certifié la remise de ce formulaire à l'employeur, comme indiqué dans la section « Attestation de remise » de la page 2.

Remarque pour l'employeur : Envoyez les pages 1 à 3 de ce formulaire (avec la section E remplie) à la Commission des accidents du travail : Congé familial payé à PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030 ou par courrier électronique à PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov lorsque vous envoyez votre réponse.

Section E - À remplir par l'employeur

Réponse de l'employeur à la demande de réintégration de l'employé(e)

Nom : _____

Adresse : _____

Ville, État, code postal : _____

N° de téléphone : _____ N° d'identification fédérale (FEIN) : _____

Indiquez votre défense en cochant la ou les raisons applicables. Vous pouvez également joindre des documents supplémentaires à ce formulaire à l'appui de votre défense.

- Le poste que l'employé(e) occupait avant de demander ou de prendre le congé familial payé a été supprimé.
- Les heures supplémentaires que l'employé(e) effectuait avant de demander ou de prendre un congé familial payé ne sont plus disponibles.
- L'employé(e) n'a jamais demandé ou pris de congé familial payé.
- L'employé(e)/le (la) demandeur(euse) n'était pas employé(e) par cette entreprise.
- Autres/Informations supplémentaires (VEUILLEZ EXPLIQUER) :

Signature de l'employé(e) _____ Date _____

Nom en caractères d'imprimerie _____

