



유급 가족 휴가 • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

직원은 유급 가족 휴가를 마친 후 직장 복귀 시 동일하거나 그에 상응하는 보직으로 돌아갈 권리가 있습니다.

직원 지침

유급 가족 휴가를 신청했거나 마친 후 고용주가 다음과 같은 조치를 취했을 경우 이 양식을 사용하십시오.

- 원래 보직 또는 그에 상응하는 보직으로 복직하는 것을 거부하는 경우,
- 직원을 해고하는 경우,
- 급여 및/또는 수당을 삭감하는 경우, 및/또는
- 어떤 식으로든 징계를 내리는 경우.

이러한 경우가 발생했다고 생각하는 경우, 이 양식을 이용하여 **반드시 먼저** 복직을 정식으로 신청해야 합니다.

1. 이 양식의 섹션 A, B, C를 작성하십시오.
2. 모든 페이지의 사본을 만들어 고용주에게 전달하십시오.
3. 해당 사본을 전달한 후 즉시 이 양식의 섹션 D를 작성하십시오. 고용주가 섹션 E를 작성할 때까지 기다리지 마십시오.
4. 기록 보관을 위해 모든 페이지의 사본을 만드십시오.
5. (섹션 A, B, C, D 작성 후) 이 양식의 사본을 **산재보상위원회(Workers' Compensation Board)에 Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030**으로 우편 발송하시거나 PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov로 이메일을 보내십시오.

이후 절차

고용주는 이 요청서 제출일*로부터 30일 이내에 다음을 수행해야 합니다.

1. 동일하거나 그에 상응하는 보직으로의 복직을 포함하는 시정 조치, 또는
2. 직원에게 시정 조치가 필요하지 않은 이유를 설명하는 이 양식 섹션 E를 작성.

직원이 복직할 경우 추가적인 조치가 필요하지 않습니다.

직원이 복직하지 못하거나, 고용주의 답변에 만족하지 못하거나 또는 고용주가 30일 이내 본 요청에 응답하지 않은 경우:

- 직원은 유급 가족 휴가 차별/보복 불만 제기서(PFL-DC-120)를 제출할 수 있습니다. 이 양식은 www.ny.gov/PaidFamilyLeave에서 이용 가능합니다.
- 직원과 고용주는 위법 여부를 판단하는 산재보상법 담당 판사(Workers' Compensation Law Judge)가 주재하는 공청회에 출두해야 할 것입니다. 그러한 경우 고용주는 직원을 복직시키거나 임금 및/또는 변호사 비용을 지급하도록 명령을 받을 수 있습니다.

* 이 30일은 2페이지 "전달 확인서"에 명시된 고용주에게 이 양식의 전달을 확인한 날로부터 시작됩니다.

고용주 지침

이 양식은 유급 가족 휴가 신청 또는 사용으로 인해 차별 또는 보복을 받았다고 믿는 직원이 제출한 정식 복직 신청서입니다.

지침은 3페이지를 참조하십시오.

이 페이지를 스캔하지 마십시오

유급 가족 휴가 • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

섹션 A - 직원 작성란

직원 정보

성명 (성, 이름, 중간 이니셜): _____ 생년월일: _____
 거리 주소: _____
 시, 주, 우편번호: _____
 전화번호: _____ 소셜 시큐리티 번호/납세자 ID 번호: _____
 이메일 주소: _____
 직원 성별: 남성 여성 기타

고용주 정보 (직원 급여 명세서상 정보와 동일)

고용주 이름: _____
 고용주 거리 주소: _____
 고용주 시, 주, 우편번호: _____
 고용주 전화번호: _____ 연방 신분증 번호, 아는 경우 (FEIN): _____

유급 가족 휴가 정보

다음 중 하나에 체크하십시오.

유급 가족 휴가를 정식으로 신청하였고 허가를 받았음 시작일: _____ 종료일: _____
 유급 가족 휴가를 정식으로 신청하였으나 거부되었음
 기타 (상세히 기술하십시오): _____
 고용주에게 유급 가족 휴가를 신청하거나 (PFL-1) 언급한 날짜 (해당하는 경우): _____
 유급 가족 휴가 유형: 자녀와 유대관계 형성 가족 간병 군복무 지원

변호사 정보 (이 문제에 관해 변호사를 선임했을 경우 다음을 기재하십시오)

변호사 성명: _____
 변호사 거리 주소: _____
 변호사 시, 주, 우편번호: _____
 변호사 전화번호: _____ 위원회 ID 번호 (있는 경우): _____

섹션 B - 직원 작성란

직원 복직 신청 - 아래 체크 박스에 고용주가 취해야 한다고 생각하는 시정조치를 표시하십시오(해당 사항 모두 선택).

유급 가족 휴가 신청 또는 사용으로 인해

해고를 당했으며 다시 복직하고 싶습니다.

근무시간이 단축되거나 변경되었습니다. 유급 가족 휴가를 신청 또는 사용하기 전과 같은 일정으로 근무하고 싶습니다.

보직이 변경되었습니다. 유급 가족 휴가를 신청 또는 사용하기 전과 같거나 그에 상응하는 직무로 복귀하고 싶습니다.

수당이 취소되거나 삭감되었습니다. 유급 가족 휴가를 신청 또는 사용하기 전과 같은 수준으로 수당을 받고 싶습니다. (수당에는 건강 보험 등이 포함될 수 있습니다).

기타/추가 정보 (상세히 기술하십시오): _____



섹션 C - 직원 작성란

본인은 여기에 제공된 정보가 본인이 아는 한 진실되며, 거짓일 경우 위증죄로 처벌받을 것을 확인합니다.

직원 서명

날짜

직원 고지사항: (섹션 A~C를 작성하여) 이 양식의 사본을 고용주에게 전달한 후, 섹션 D를 작성하여 모든 페이지를 **Workers' Compensation Board: Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030**으로 우편 발송하거나 PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov로 이메일을 보내십시오. 그리고 기록을 위해 사본을 보관하십시오.

섹션 D - 직원 작성란

전달 확인서

본인은 _____에 섹션 A에 기재된 고용주에게 유급 가족 휴가에 관한 이 정식 복직 신청서 사본을 다음 방법을 통해 전달하였으며, 거짓일

날짜
경우 위증죄로 처벌받을 것을 확인합니다(다음 중 하나를 체크하십시오).

이 양식에 기재된 고용주 주소로 우편 발송

직접 전달:

수령자 성명: _____

거리 주소: _____

시, 주, 우편번호: _____

이 양식을 첨부하여 이메일 발송:

수신인 성명: _____

이메일 주소: _____

팩스 발송 _____

직원 서명

날짜



고용주를 위한 지침

산재보상법 제203-b조 및 제120조에 따라 직원이 유급 가족 휴가를 신청한 경우:

- 원래 보직 또는 그에 상응하는 보직으로 복직시켜야 합니다.
- 직원을 해고할 수 **없습니다**.
- 직원의 임금 및/또는 수당을 삭감할 수 **없습니다**.
- 유급 가족 휴가 신청 또는 사용으로 인해 해당 직원을 징계할 수 **없습니다**.

이 신청서의 제출일*로부터 **30일** 이내 다음을 수행해야 합니다.

1. 동일하거나 그에 상응하는 보직으로의 복직을 포함하는 시정 조치, 또는
2. 해당 직원에게 시정조치를 허가하지 않는 이유를 설명하는 이 양식의 섹션 E를 작성. 별도의 답변지를 보낼 수 있지만 이 양식에 첨부해야 합니다. 이 양식의 **1~3페이지 및 첨부물을 해당 직원, (이 양식에 기재된) 직원의 변호사, 산재 보상 위원회로 보내야 합니다. Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030**으로 우편 발송하시거나 PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov로 이메일을 보내십시오.

직원을 복직시키지 않으면 보험 보장을 받지 못하는 손해가 발생할 수 있습니다.

해당 직원이 복직되거나 이 신청에 대해 귀하의 응답을 받은 후 차별/보복에 대한 이의 제기를 진행하고 싶지 않다면, 추가적인 조치가 필요하지 않습니다. 그렇지 않으면, 30일 후 해당 직원은 산재 보상 위원회에 이의 제기할 권리가 있습니다. 위원회에서 귀하가 산재보상법 제203-b조 및/또는 제120조를 위반하였다고 판단한 경우, 귀하에게 해당 직원을 상응하는 보직으로 복직시키고, 휴가 종료일로부터 시작된 임금 손실분을 이자와 함께 지급하고, 변호사 비용을 지급하라는 명령을 내릴 수 있으며 또는 최대 \$500에 이르는 벌금을 부과할 수 있습니다.

* 이 30일은 직원이 2페이지 “전달 확인서”에 명시된 고용주에게 이 양식의 전달을 확인한 날로부터 시작됩니다.

고용주 고지사항: 답변 제출 시 (섹션 E 작성 후) 이 양식의 1~3페이지를 산재보상위원회(Workers' Compensation Board)에 **Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030**으로 우편 발송하시거나 PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov로 이메일을 보내십시오.

섹션 E - 고용주 작성란

직원 복직 신청에 대한 고용주 답변

이름: _____

거리 주소: _____

시, 주, 우편번호: _____

전화번호: _____ 연방 신분증 번호(FEIN): _____

해당하는 사유 체크하여 귀하의 반론을 표시하십시오. 귀하의 반론을 뒷받침하는 추가 서류를 이 양식에 첨부할 수 있습니다.

- 유급 가족 휴가를 신청 또는 사용하기 전에 해당 직원의 보직 이동이 시행되었습니다.
- 유급 가족 휴가를 신청 또는 사용하기 전 해당 직원이 근무한 초과시간은 더 이상 사용할 수 없습니다.
- 해당 직원은 유급 가족 휴가를 신청하거나 사용하지 않았습니다.
- 해당 직원/청구자는 본 사업체에 고용되지 않았습니다.
- 기타/추가 정보 (상세히 기술하십시오):

고용주 서명 _____ 날짜 _____

성명(정자체) _____

