



Jesteś uprawniony(-a) do powrotu na to samo lub porównywalne stanowisko po powrocie do pracy po skorzystaniu z płatnego urlopu rodzinnego.

Instrukcje dla pracowników

Skorzystaj z tego formularza, jeśli po złożeniu wniosku o przyznanie lub po skorzystaniu z płatnego urlopu rodzinnego pracodawca:

- odmawia umożliwienia ci powrotu na to samo lub porównywalne stanowisko,
- wymawia zatrudnienie,
- zmniejsza twoje wynagrodzenie i/lub świadczenia, i/lub
- podejmuje w stosunku do ciebie dowolne postępowanie o charakterze dyscyplinarnym.

Jeśli uważasz, że tego rodzaju sytuacja miała miejsce, **musisz najpierw** złożyć formalny wniosek o umożliwienie ci powrotu do pracy wypełniając niniejszy formularz.

1. Wypełnij Części A, B i C niniejszego formularza wniosku.
2. Skopiuj wszystkie strony i prześlij egzemplarz swojemu pracodawcy.
3. Po przekazaniu dokumentów, natychmiast wypełnij Część D niniejszego formularza wniosku. NIE czekaj, aż Twój pracodawca ukończy wypełnianie Części E.
4. Skopiuj wszystkie strony do swoich akt.
5. Wyślij formularz wniosku (z wypełnionymi Częściami A, B, C i D) do **Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** lub wyślij e-mail na adres PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov.

Co dzieje się dalej?

Twój pracodawca może w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku*:

1. Podjąć działania naprawcze, które mogą obejmować umożliwienie ci powrotu na to samo lub porównywalne stanowisko; lub
2. Wypełnić Część E niniejszego formularza wniosku wyjaśniając, dlaczego uważa, że nie są wymagane żadne działania naprawcze.

Jeśli pracodawca umożliwi ci powrót na to samo stanowisko, dalsze działania nie są konieczne.

Jeśli NIE uzyskasz możliwości powrotu do pracy, nie będziesz zadowolony(-a) z odpowiedzi pracodawcy lub twój pracodawca nie odpowie na niniejszy wniosek w ciągu 30 dni:

- Możesz wówczas złożyć *skargę dotyczącą dyskryminacji/odwetu po skorzystaniu z płatnego urlopu rodzinnego* (Paid Family Leave Discrimination/Retaliation Complaint - PFL-DC-120) dostępną pod adresem www.ny.gov/PaidFamilyLeave.
- Ty i twój pracodawca będziecie musieli stawić się na rozprawie przed Sądem ds. Wynagrodzeń Pracowniczych, który zdecyduje, czy prawo zostało naruszone. Jeśli tak, pracodawca może zostać zobowiązany do przywrócenia cię do pracy, wypłaty zaległego wynagrodzenia i/lub opłat adwokackich.

* Okres 30 dni rozpoczyna się od dnia, w którym potwierdziłeś dostarczenie tego formularza swojemu pracodawcy wskazanego w „Poświadczeniu dostarczenia” na stronie 2.

Instrukcje dla pracodawców

Pracodawcy, to jest formalny wniosek o przywrócenie do pracy od pracownika, który uważa, że przeciwko niemu podjęto kroki o charakterze dyskryminacyjnym lub odwetowym za złożenie wniosku o przyznanie lub skorzystanie z płatnego urlopu rodzinnego.

Instrukcje podano na stronie 3.

NIE SKANOWAĆ TEJ STRONY



OFICJALNY WNIOSK O PRZYWRÓCENIE DO PRACY PO SKORZYSTANIU Z PŁATNEGO URLOPU RODZINNEGO

Płatny urlop rodzinny • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

Część A - do wypełnienia przez pracownika

Informacje o pracowniku

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Ulica i numer domu: _____

Miasto, województwo, kod pocztowy: _____

Numer telefonu: _____ Numer Social Security/Numer identyfikacji podatkowej: _____

Adres e-mail: _____

Płeć pracownika: M K X

Informacje o pracodawcy (PODANE NA POŚWIADCZENIU WYPŁATY)

Nazwa zakładu pracy: _____

Ulica i numer budynku zakładu pracy: _____

Miasto, województwo, kod pocztowy: _____

Numer telefonu zakładu pracy: _____ Federalny Nr Pracodawcy (FEION, jeśli znany): _____

Infolinia ds. płatnego urlopu rodzinnego:

Zaznaczyć jedno z poniższych:

Złożono oficjalny wniosek o przyznanie i skorzystano z płatnego urlopu rodzinnego w dniach od: _____ do dnia: _____

Złożono oficjalny wniosek o płatny urlop rodzinny, który został odrzucony.

Inne (PROSZĘ WYJAŚNIĆ) : _____

Data wniosku (PFL-1) lub wzmianka o płatnym urlopie rodzinnym przyznanym przez pracodawcę (jeśli dotyczy): _____

Rodzaj płatnego urlopu rodzinnego: nawiązanie więzi z dzieckiem sprawowanie opieki nad członkiem rodziny
 kwalifikujące się wydarzenie związane z czynną służbą wojskową

Informacja dla pełnomocników (JEŻELI W TEJ SPRAWIE REPREZENTOWANY JESTEŚ PRZEZ ADWOKATA, WYPEŁNIJ PONIŻSZĄ CZĘŚĆ)

Imię i nazwisko adwokata: _____

Ulica i numer biura adwokata: _____

Miasto, województwo, kod pocztowy: _____

Numer telefonu adwokata: _____ Nr ID Rady Adwokackiej (JEŚLI DOTYCZY): _____

Część B - Do wypełnienia przez pracownika

Prośba pracownika o przywrócenie do pracy - Za pomocą pól wyboru poniżej wskaż działania naprawcze, które Twoim zdaniem powinien podjąć twój pracodawca (ZAZNACZ WSZYSTKIE OPCJE, KTÓRE MAJĄ ZASTOSOWANIE).

Złożyłem wniosek o i przyznano mi płatny urlop rodzinny i:

Wypowiedziano mi pracę i chcę ją odzyskać.

Moje godziny pracy zostały zredukowane lub zmienione. Chcę wrócić do pracy w tych samych godzinach, w jakich pracowałem(-am) przed złożeniem wniosku o przyznanie i skorzystaniem z płatnego urlopu rodzinnego.

Moje obowiązki zostały zmienione. Chcę powrócić do tej samej lub porównywalnej pracy, jaką miałem(-am) przed złożeniem wniosku o przyznanie i skorzystaniem z płatnego urlopu rodzinnego.

Moje świadczenia zostały anulowane lub zmniejszone. Chcę, aby moje świadczenia zostały przywrócone do tych, które otrzymywałem(-am) przed złożeniem wniosku o i odbyciem płatnego urlopu rodzinnego. (Świadczenia mogą obejmować, na przykład, ubezpieczenie zdrowotne).

Inne/dodatkové informacje (PROSZĘ WYJAŚNIĆ):



Część C - Do wypełnienia przez pracownika

OŚWIADCZAM, POD RYGOREM KRZYWOPRZYSIĘSTWA, ŻE INFORMACJE ZAWARTE W NINIEJSZYM DOKUMENCIE SĄ PRAWDZIWE, ZGODNIE Z MOJĄ NAJLEPSZĄ WIEDZĄ:

Podpis pracownika

Data

Uwaga do pracownika: Po doręczeniu pracodawcy egzemplarza niniejszego formularza wniosku (z wypełnionymi Częściami A i C), wypełnij Część D i prześlij wszystkie strony do **Workers' Compensation Board: Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** lub wyślij e-mail na adres PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov i zachowaj kopię w swoich aktach.

Część D - do wypełnienia przez pracownika

Potwierdzenie doręczenia

Niniejszym zaświadczam, pod rygorem krzywoprzysięstwa, że doręczyłem(-am) egzemplarz niniejszego formularza wniosku o przywrócenie do pracy po wykorzystaniu płatnego urlopu rodzinnego pracodawcy w dniu _____ r.
(ZAZNACZ JEDNĄ Z PONIŻSZYCH OPCJI): Data

Przesłano na adres pracodawcy podany w tym formularzu

Osobiście doręczono do:

Imię i nazwisko: _____

Ulica i numer budynku: _____

Miasto, województwo, kod pocztowy: _____

Wysłano e-mailem jako załącznik do:

Imię i nazwisko: _____

Adres e-mail: _____

Wysłano faksem do _____

Podpis pracownika

Data



Instrukcje dla pracodawców

Zgodnie z artykułem 203-b i 120 ustawy odszkodowawczej dla pracowników, jeśli dowolny pracownik składa wniosek o przyznanie płatnego urlopu rodzinnego:

- Musi on mieć możliwość powrotu na to samo lub porównywalne stanowisko,
- NIE może utracić zatrudnienia,
- Jego/jej wynagrodzenie i/lub świadczenia nie mogą zostać zmniejszone,
- NIE MOŻESZ karać pracowników za wnioskowanie o przyznanie i skorzystanie przez nich z płatnego urlopu rodzinnego.

W ciągu **30 dni** od daty doręczenia niniejszego wniosku, należy:

1. Podjąć działania naprawcze, które mogą obejmować przywrócenie pracownika do tego samego lub porównywalnego stanowiska; lub
2. Wypełnić Część E niniejszego formularza, wyjaśniając pracownikowi, dlaczego podjęcie działań naprawczych nie jest dozwolone. Oprócz odpowiedzi, która może zostać doręczona oddzielnie, należy załączyć ją do niniejszego formularza. **Strony 1-3 niniejszego formularza i wszelkie załączniki należy przesłać do pracownika, pełnomocnika pracownika (o ile jest wymieniony w tym formularzu) oraz do Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** lub wysłać e-mail na adres PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov.

Nieumożliwienie pracownikowi powrotu do pracy może skutkować nałożeniem kar odszkodowawczych nieobjętych ubezpieczeniem.

Jeśli pracownik uzyska możliwość powrotu do pracy i nie złoży skargi dotyczącej dyskryminacji/odwetu po otrzymaniu odpowiedzi na niniejszy wniosek, dalsze działania nie są wymagane. W przeciwnym razie po 30 dniach pracownik ma prawo złożyć skargę do Rady ds. Wynagrodzeń Pracowniczych. Jeśli Rada stwierdzi, że nastąpiło naruszenie paragrafów 203-b i/lub 120 Ustawy o odszkodowaniach dla pracowników, może nakazać umożliwienie pracownikowi powrotu do porównywalnego zatrudnienia, wypłacenie utraconego wynagrodzenia począwszy od zakończenia urlopu wraz z odsetkami, przyznanie honorariów adwokackich i/lub może nałożyć karę w wysokości do 500 USD.

* Okres 30 dni rozpoczyna się od dnia, w którym pracownik poświadczył doręczenie niniejszego wniosku w „Poświadczeniu doręczenia” na stronie 2.

Uwaga do pracodawcy: Wyślij strony 1-3 niniejszego formularza wniosku (z wypełnioną Częścią E) do Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030 lub wyślij e-mail na adres PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov przy składaniu odpowiedzi.

Część E - do wypełnienia przez pracodawcę

Odpowiedź pracodawcy na wniosek o przywrócenie pracownika do pracy

Imię i nazwisko: _____

Ulica i numer domu: _____

Miasto, województwo, kod pocztowy: _____

Numer telefonu: _____

Federalny Numer Identyfikacyjny Pracodawcy (Federal Identification - FEIN): _____

Wskaż swoją obronę, zaznaczając odpowiedni powód (przyczyny). Do niniejszego formularza, w celu uzasadnienia wniosku, można załączyć dodatkową dokumentację.

- Decyzja o przesunięciu pracownika podjęta przed złożeniem wniosku o przyznanie lub po skorzystaniu przez pracownika z płatnego urlopu rodzinnego została skasowana.
- Godziny nadliczbowe, które pracownik przepracował przed złożeniem wniosku lub skorzystaniem z płatnego urlopu rodzinnego, nie są już dostępne.
- Pracownik nigdy nie złożył wniosku o przyznanie ani nie skorzystał z płatnego urlopu rodzinnego.
- Pracownik/wnioskodawca nie był zatrudniony przez tę firmę.
- Inne/dodatkowe informacje (PROSZE WYJAŚNIĆ):

Podpis pracodawcy _____ Data _____

Imię i nazwisko dużymi literami _____

