



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

Formularz należy wypełnić tylko wtedy, gdy:

- Złożono formalny wniosek o przywrócenie do pracy w związku ze skorzystaniem z płatnego urlopu rodzinnego (formularz PFL-DC-119) do swojego pracodawcy ORAZ do Workers' Compensation Board, oraz
- Pracodawca nie odpowiedział w ciągu 30 dni LUB wnioskodawca nie był zadowolony z jego wyjaśnień dotyczących powodów zmiany warunków zatrudnienia.

Po tym, jak pracodawca otrzyma niniejszy formularz i będzie miał możliwość udzielenia odpowiedzi, wyznaczony zostanie termin przesłuchania.

Do formularza należy dołączyć:

1. Zaświadczenie o otrzymaniu świadczeń urlopu rodzinnego, lub
2. Wniosek o świadczenia urlopu rodzinnego (jeśli wnioskodawca nie otrzymał świadczeń), oraz
3. Dowody, na przykład rozwiązanie umowy o pracę lub nazwisko świadka, który może potwierdzić opisane niżej okoliczności dotyczące wnioskowania lub korzystania z płatnego urlopu rodzinnego:
  - Odmowę przez pracodawcę przywrócenia na pierwotne lub porównywalne stanowisko,
  - Rozwiązanie umowy o pracę,
  - Obniżenie wynagrodzenia i/lub świadczeń, i/lub
  - Postępowanie dyscyplinarne.

Po wypełnieniu formularza:

- Należy go wysłać do Workers' Compensation Board: Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030.
- Kopię formularza należy wysłać do swojego pracodawcy.
- Kopię formularza należy zachować w swojej dokumentacji.

Niewypełnienie tego formularza, w tym wymaganych załączników, może opóźnić rozpatrzenie skargi.

### Informacje o pracowniku

NAZWISKO, IMIĘ, DRUGIE IMIĘ: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_ Nr Social Security (ubezpieczenia społecznego) Nr identyfikacji podatkowej: \_\_\_\_\_

### Informacje o pracodawcy (zgodnie z danymi na odcinku czeku z wypłaty)

Nazwa firmy: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_ Federalny numer identyfikacyjny (FEIN): \_\_\_\_\_

Osoba dyskryminująca mnie to: \_\_\_\_\_

Stanowisko (zaznaczyć jedno):  Właściciel  Przełożony  Menedżer

### Informacje o płatnym urlopie rodzinnym

Zaznaczyć jedną z poniższych opcji:

- Złożono formalny wniosek w sprawie płatnego urlopu rodzinnego i został on przyznany  
Data rozpoczęcia: \_\_\_\_\_ Data zakończenia: \_\_\_\_\_
- Złożono formalny wniosek w sprawie płatnego urlopu rodzinnego, który został odrzucony
- Nie złożono formalnego wniosku o płatny urlop rodzinny

Data przekazania pracodawcy *wniosku o płatny urlop rodzinny* (formularz PFL-1)  
lub kiedy wspomniano mu o płatnym urlopie rodzinnym (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_

Rodzaj płatnego urlopu rodzinnego:  Nawiązanie więzi z dzieckiem  Opieka nad członkiem rodziny  Określone wydarzenia związane ze służbą wojskową



## Informacje dotyczące skargi

Zaznaczyć wszystkie właściwe:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Utrata lub zmiana pracy     | <input type="checkbox"/> Zmniejszenie liczby godzin         |
| <input type="checkbox"/> Utrata lub zmiana świadczeń | <input type="checkbox"/> Podjęto postępowanie dyscyplinarne |
| <input type="checkbox"/> Obniżenie wynagrodzenia     | <input type="checkbox"/> Inne: _____                        |

Data zmiany godzin pracy przez pracodawcę, obniżenia wynagrodzenia i/lub świadczeń, rozwiązania umowy o pracę lub podjęcia działań dyscyplinarnych na skutek skorzystania z płatnego urlopu rodzinnego: \_\_\_\_\_

## Formalny wniosek o przywrócenie do pracy w związku z płatnym urlopem rodzinnym (formularz PFL-DC-119)

Data złożenia formularza PFL-DC-119 u swojego pracodawcy: \_\_\_\_\_

Pracodawca (zaznaczyć jedną opcję):  Udzielił odpowiedzi  Nie udzielił odpowiedzi

## Informacje o pełnomocniku (proszę wypełnić poniższe informacje, jeśli w sprawie korzysta się z usług pełnomocnika)

Imię i nazwisko pełnomocnika: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_ Numer identyfikacyjny Rady (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_

## Dowody

Oprócz własnego zeznania przedstawiłem(-am)/przedstawię na przesłuchaniu następujące dowody:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rozwiązanie umowy o pracę/pismo o działaniach dyscyplinarnych | <input type="checkbox"/> Świadek(-owie) |
| <input type="checkbox"/> Inne: _____   |   |

Proszę podać nazwisko(-a) i stopień powiązania ze świadkiem(-ami):

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |

**Potwierdzam pod odpowiedzialnością karną za składanie fałszywych zeznań, że podane tu informacje są według mojej najlepszej wiedzy zgodne z prawdą.**

\_\_\_\_\_  
Podpis pracownika

\_\_\_\_\_  
Data