



# ЖАЛОБА НА ДИСКРИМИНАЦИЮ/РЕПРЕССИВНЫЕ МЕРЫ В СВЯЗИ С ОПЛАЧИВАЕМОМ ОТПУСКОМ ПО СЕМЕЙНЫМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ

Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

Заполните эту форму только в том случае, если:

- вы отправили официальный запрос о восстановлении после оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-DC-119) вашему работодателю И в Workers' Compensation Board, и
- ваш работодатель не ответил в течение 30 дней ИЛИ вы не удовлетворены его объяснением изменения условий работы.

После того как эта форма будет вручена вашему работодателю и пройдет достаточное время для ответа, будет запланировано слушание.

Приложите к этой форме:

1. Подтверждение получения выплат за отпуск по семейным обстоятельствам или
2. Ваш запрос выплат за отпуск по семейным обстоятельствам (если выплаты не были получены) и
3. Доказательство (например, уведомление об увольнении или имя свидетеля) того, что указанное ниже событие произошло в связи с запросом или получением оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам:
  - работодатель отказывается восстановить вас на работе на первоначальной или аналогичной должности;
  - увольнение;
  - снижение заработной платы и/или бонусов и/или
  - дисциплинарное взыскание.

После того как вы заполните форму:

- Отправьте ее в Workers' Compensation Board: Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030.
- Отправьте копию своему работодателю.
- Сохраните копию для себя.

Если вы не заполните эту форму (включая требуемые вложения), это может привести к задержке обработки вашей жалобы.

## Сведения о работнике

ИМЯ (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ): \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ № социального страхования/идентификационный № налогоплательщика: \_\_\_\_\_

## Сведения о работодателе (как указано в платежной ведомости)

Название компании: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Федеральный идентификационный номер (FEIN): \_\_\_\_\_

Лицо, которое проявило дискриминацию по отношению к вам: \_\_\_\_\_

Его должность (отметьте один вариант):  Владелец  Руководитель  Менеджер

## Сведения об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам

Отметьте один из следующих пунктов:

- Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам официально запрошен и предоставлен  
Дата начала: \_\_\_\_\_ Дата окончания: \_\_\_\_\_
- Запрос оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам официально сделан и отклонен
- Официальный запрос оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам не делался

Дата, когда *запрос на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам* (форма PFL-1) был вручен работодателю или когда вы говорили об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам (если применимо): \_\_\_\_\_

Тип оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам:  Для проведения времени с ребенком  
 Для ухода за членом семьи  В связи с военной службой члена семьи



## Информация о жалобе

Отметьте все подходящие варианты:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Потеря или изменение работы  | <input type="checkbox"/> Сокращение количества часов         |
| <input type="checkbox"/> Потеря или изменение бонусов | <input type="checkbox"/> Наложение дисциплинарного взыскания |
| <input type="checkbox"/> Снижение заработной платы    | <input type="checkbox"/> Другое: _____                       |

Дата, когда работодатель сократил вам количество часов, уменьшил заработную плату и/или бонусы, уволил вас с работы или наложил дисциплинарное взыскание в связи с оплачиваемым отпуском по семейным обстоятельствам: \_\_\_\_\_

## Официальный запрос о восстановлении после оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-DC-119)

Дата, когда вы передали заполненную форму PFL-DC-119 своему работодателю: \_\_\_\_\_

Мой работодатель (отметьте один пункт):  Отреагировал  Не отреагировал

## Сведения об адвокате (заполните, если вы пользуетесь услугами адвоката в этом вопросе)

Имя адвоката: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Регистрационный № Комиссии (если имеется): \_\_\_\_\_

## Доказательство

В дополнение к моим собственным показаниям я имею/представляю следующее доказательство на слушании:

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Уведомление об увольнении | <input type="checkbox"/> Свидетели |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____             |                                    |

Укажите имена всех свидетелей и их отношение к вам:

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

**Под страхом ответственности за предоставление ложных сведений я подтверждаю, что информация, представленная в настоящем документе, является, в меру моих знаний, достоверной.**

\_\_\_\_\_  
Подпись работника

\_\_\_\_\_  
Дата