

## نموذج تسجيل بيانات - شكوى الإجازة المرضية

شكراً لك على تواصلك مع إدارة شؤون المستهلك بمدينة نيويورك (New York City Department of Consumer Affairs, DCA). يُرجى إكمال الأسئلة الموجودة أدناه. اكتب أو اطلب إجاباتك عن كل سؤال بوضوح. إذا لم ينطبق عليك أحد الأسئلة المطروحة، يُرجى كتابة N/A أو لا ينطبق.

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا النموذج أو إذا كنت تفضل الحصول على مساعدة أحد أعضاء طاقم العمل في إكمال النموذج، يُرجى التواصل مع إدارة شؤون المستهلك عبر البريد الإلكتروني [PaidSickLeave@dca.nyc.gov](mailto:PaidSickLeave@dca.nyc.gov) أو الاتصال على الرقم 436-0255 (212) أو 436-0258 (212) أو زيارة DCA في العنوان الموضح أدناه. إذا كنت تفضل استخدام لغة أخرى بخلاف الإنجليزية، فيمكننا توفير مساعدة مجانية في الترجمة. يُمكنك إرسال النموذج المستكمل من خلال إحدى الطرق التالية:

- البريد الإلكتروني: [PaidSickLeave@dca.nyc.gov](mailto:PaidSickLeave@dca.nyc.gov) أو
- قم بإرساله بريدياً أو تسليمه بشكل شخصي إلى:

New York City Department of Consumer Affairs, Attn: Paid Sick Leave Division, 42 Broadway, 11th Floor, New York, NY 10004

بعد استلام إدارة شؤون المستهلك نموذجك المستكمل، سنتواصل معك في غضون خمسة أيام عمل لجمع أي معلومات إضافية نحتاجها أو لإعلامك بالإجراء الذي سنتخذه.

<p>ما هي نوعية المساعدة التي تريدها من إدارة شؤون المستهلك؟ <input type="checkbox"/> مساعدتي في حل شكواي مع صاحب العمل الخاص بي. <input type="checkbox"/> التحقيق في اعتقادي بأن أحد أصحاب العمل ينتهك القانون.</p>					
<p>ستحاول إدارة شؤون المستهلك إخطارك في حال كان يتحتم علينا الكشف عن هويتك لصاحب العمل الخاص بك لحل شكواك أو كما يقتضي القانون.</p>					
<b>معلومات الاتصال الخاصة بك</b>					
الاسم الأول		الحرف الأول من الاسم الأوسط		اسم العائلة	
<input type="checkbox"/> السيد <input type="checkbox"/> السيدة					
العنوان (رقم المبنى، اسم الشارع، الشقة/الجناح/أخرى)					
المدينة		الولاية		الرمز البريدي	
رقم الهاتف 1 (الأساسي)		رقم الهاتف 2 (الثانوي)		عنوان البريد الإلكتروني	
<p>بتقديم عنوان بريدك الإلكتروني، أنت توافق على التواصل إلكترونياً مع إدارة شؤون المستهلك (Department of Consumer Affairs) وأنت تؤكد على أن البريد الإلكتروني الموضح هو وسيلة اتصال موثوقة بالنسبة إليك.</p>					
<b>معلومات صاحب العمل</b>					
صاحب العمل		اللغة الأساسية المستخدمة في مكان العمل:			
عنوان مكان عملك (رقم المبنى، اسم الشارع، الشقة/الجناح/أخرى)					
المدينة		الولاية		الرمز البريدي	
هل صاحب العمل لا يزال يعمل؟		أوقات العمل التي يفرضها صاحب العمل			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
اسم المشرف أو المدير		رقم هاتف المشرف/المدير			
		عنوان البريد الإلكتروني الخاص بالمشرف/المدير			
عدد الموظفين:		1-4 موظفين		5-19 موظفاً	
		20-99 موظفاً		100-499 موظفاً	
		500+ موظف			
مجال العمل:		الحكومة		الرعاية الصحية	
<input type="checkbox"/> التعليم		<input type="checkbox"/> الفنادق/الفنادق		<input type="checkbox"/> الصناعة/التصنيع	
<input type="checkbox"/> الخدمات المهنية		<input type="checkbox"/> المطاعم/خدمة الطعام		<input type="checkbox"/> البيع بالتجزئة	
		<input type="checkbox"/> البقالة		<input type="checkbox"/> البناء	
		<input type="checkbox"/> غير ذلك			
1. متى بدأت بالعمل لدى صاحب العمل الخاص بك؟ _____ / _____ / _____ (الشهر/اليوم/السنة)					
2. كم عدد الساعات التي تعملها، في المتوسط، أسبوعياً عند صاحب العمل هذا؟					
3. هل تقوم بعمل لصاحب عملك في مدينة نيويورك؟ (فقط في بروكس، بروكلين، مانهاتن، كوينز، جزيرة ستاتن) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
4. هل لا تزال تعمل لدى صاحب العمل الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
5. إذا لم تعد تعمل لدى صاحب العمل الخاص بك، يُرجى اختيار السبب. <input type="checkbox"/> استقلت/تركت العمل <input type="checkbox"/> تم فصلك عن العمل <input type="checkbox"/> تم الاستغناء عن خدماتك <input type="checkbox"/> تم فصلك عن خدماتك					
6. إذا لم تعد تعمل لدى صاحب العمل الخاص بك، فما هو آخر يوم عمل لك؟ _____ / _____ / _____ (الشهر/اليوم/السنة)					

يُرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لمساعدتنا في تحديد ما إذا كنت مشمولاً ضمن قانون الإجازة المرضية المكتسبة المعمول به في مدينة نيويورك (قانون الإجازة المرضية مدفوعة الأجر).

1. هل أنت عضو باتحادٍ ما؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
2. هل أنت موظف حكومي؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
3. هل أنت جزء من أحد البرامج الفيدرالية للمساعدة على العمل بجانب الدراسة بالكلية؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
4. هل أنت اختصاصي علاج طبيعي أو معالج مهني أو اختصاصي علم أمراض النطق واللغة أو اختصاصي سمع مُرخص من قِبَل إدارة التعليم بولاية نيويورك؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
5. هل أنت جزء من برنامج اكتساب خبرات العمل (WEP)؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
6. هل تحصل على راتب بصفتك جزء من برنامج منح دراسية؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
7. هل أنت متعاقد مستقل؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا أعرف
8. هل أنت عامل منزلي؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا أعرف

معلومات عن الشكوى

1. هل تعتقد أن صاحب العمل الخاص بك قد انتهك قانون الإجازة المرضية مدفوعة الأجر المعمول به في مدينة نيويورك؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
2. إذا كانت الإجابة بنعم، ففي أي تاريخ تعتقد أن صاحب العمل الخاص بك قد انتهك القانون؟	_____ / _____ / _____ (الشهر/اليوم/السنة)	
3. يُرجى الإشارة إلى أي من الطرق التالية قام صاحب العمل الخاص بك من خلالها بانتهاك قانون الإجازة المرضية مدفوعة الأجر المعمول به في مدينة نيويورك. ضع علامة على جميع ما ينطبق.	<input type="checkbox"/> لا يسمح لي باستخدام الإجازة المرضية <input type="checkbox"/> لا يعوضني بشكل صحيح عن الإجازة المرضية <input type="checkbox"/> لا يسمح لي بترحيل الإجازة المرضية من عام مضى إلى العام الذي يليه <input type="checkbox"/> يطلب مني إيجاد عامل بديل <input type="checkbox"/> يطلب مني تعويض الساعات الفائتة <input type="checkbox"/> يطلب مني تقديم وثائق طبية <input type="checkbox"/> ينتقم مني لطلب إجازة مرضية أو للحصول على الإجازة المرضية أو لتقديم شكوى <input type="checkbox"/> لا يرسل إلي إخطار بشأن حقوق الموظفين <input type="checkbox"/> غير ذلك	
4. يُرجى وصف ما حدث بأسلوبك الخاص. استخدم صفحات إضافية، إذا لزم الأمر.		

5. هل حاولت حل شكاوك مع صاحب العمل الخاص بك؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
6. ما هو نوع التعويض الذي تطلبه من صاحب العمل الخاص بك؟ (على سبيل المثال، خطاب اعتذار من صاحب العمل الخاص بك، الأجور المستحقة، إجازة تعويضية، إلخ)		

7. يُرجى تزويدنا بأي معلومات إضافية من شأنها أن تساعدنا في حل هذه المشكلة.

يُرجى إرفاق أي وثائق ذات صلة مع هذا النموذج (مثل إيصالات الأجور الخاصة بك وعقد العمل واتفاقية المفاوضات الجماعية وسياسة صاحب العمل فيما يخص الإجازات المرضية ونسخة من الطلب الذي تقدمت به للحصول على إجازة مرضية). لا تحتاج إدارة شؤون المستهلك إلى معلومات لها علاقة بالصحة للتعامل مع شكاوك. إذا قدمت أي معلومات صحية، فنستقوم إدارة شؤون المستهلك بالتعامل معها على أنها معلومات سرية ولن تفصح عنها بدون إذن منك إلا إذا اقتضى القانون ذلك.

أوك، بما لدي من معرفة واطلاع، أن هذه المعلومات حقيقية وصحيحة وكاملة.

توقيع الموظف الذي يقدم الشكوى	التاريخ
الاسم بأحرف واضحة	
توقيع ولي الأمر أو الوصي	اسم ولي الأمر أو الوصي بأحرف واضحة
(في حالة إذا كان الموظف الذي يقدم الشكوى أقل من 18 عاماً)	