إثبات الموظف بشأن ما يتعلق بالاستخدام المصرح به للإجازات المرضية المستحقة

بموجب قانون الوقت المرضي المستحق بمدينة نيويورك (قانون الإجازات المرضية مدفوعة الأجر)، يُسمح لأصحاب العمل أن يطلبوا من الموظفين إثبات استخدام إحدى حالات الإجازة المرضية مهما كانت مدتها لأحد الأغراض المصرح بها بموجب القانون. يمكن لأصحاب العمل أن يطلبوا من موظفيهم تقديم توثيق طبي من مقدم رعاية صحية مرخص *فقط* بعد استخدام إجازة مرضية لأكثر من ثلاثة أيام عمل متتالية.

يُسمح للموظفين المؤهلين استخدام الإجازات المرضية المستحقة في حالة:

1. *المرض العقلي، أو في حالة وجود الحاجة إلى الحصول على تشخيص طبي أو رعاية أو علاج لمرض عقلي (الموظف أو أحد أفراد أسرته)*
2. *المرض الجسدي، أو في حالة وجود الحاجة إلى الحصول على تشخيص طبي أو رعاية أو علاج لمرض جسدي (الموظف أو أحد أفراد أسرته)*
3. *الإصابة، أو في حالة وجود الحاجة إلى الحصول على تشخيص طبي أو رعاية أو علاج لإصابة (الموظف أو أحد أفراد أسرته)*
4. *وجود حالة صحية، أو في حالة وجود الحاجة إلى الحصول على تشخيص طبي أو رعاية أو علاج لحالة صحية (الموظف أو أحد أفراد أسرته)*
5. *وجود الحاجة إلى الحصول على رعاية طبية وقائية (الموظف أو أحد أفراد أسرته)*
6. *إغلاق مكان عمل الموظفين بأمر من مسؤول حكومي بسبب حالة طارئة للصحة العامة*
7. *وجود الحاجة إلى رعاية طفل أُغلقت مدرسته أو مقدم رعاية الطفل الخاص به بأمر من مسؤول حكومي بسبب حالة طارئة للصحة العامة*

أقر أنا، _____ (اكتب الاسم بأحرف واضحة)، بأنني استخدمت إجازة مرضية مستحقة لواحد على الأقل من الأسباب المصرح بها المدرجة أعلاه في التاريخ (التواريخ) التالي:

الشهر	التاريخ (التواريخ)	السنة التقويمية

وأدرك أن تعمد تقديم معلومات خاطئة بشأن استخدام الإجازات المرضية المستحقة يمكن أن ينتج عنه تعرضي لإجراء تأديبي، بما في ذلك الفصل من العمل.

_____ توقيع الموظف

_____ اللقب الوظيفي للموظف

_____ تاريخ التوقيع

_____ رقم تعريف هوية الموظف

صاحب العمل:	
موقع العمل:	
عنوان صاحب العمل (إذا كان مختلفًا عن موقع العمل):	