

## 登記表 - 病假申訴

感謝您聯絡紐約市消費者事務局 (New York City Department of Consumer Affairs, DCA)。請完成以下的問題。  
以正楷清楚書寫或繕打您對每個問題的回答。如果問題不適用於您，請標示 N/A 或「不適用」。

如果您對於此表格有任何疑問，或是希望工作人員協助您填寫表格，請洽 DCA：[PaidSickLeave@dca.nyc.gov](mailto:PaidSickLeave@dca.nyc.gov)、致電 (212) 436-0255 或 (212) 436-0258，或至以下地址造訪 DCA。如果您想要使用英文以外的語言，我們可以提供免費的翻譯協助。可以透過下列方式提交已完成的表格：

- 電子郵件：[PaidSickLeave@dca.nyc.gov](mailto:PaidSickLeave@dca.nyc.gov) 或
- 郵寄或親自投遞到：New York City Department of Consumer Affairs, Attn: Paid Sick Leave Division, 42 Broadway, 9th Floor, New York, NY 10004

DCA 收到您完成的表格之後，我們將會於五個工作日內與您聯絡，以收集任何我們需要的額外資訊，或是通知您我們即將採取的行動。

<b>您希望 DCA 如何提供協助？</b> <input type="checkbox"/> 協助我與雇主解決我的申訴。 <input type="checkbox"/> 調查我認為違反法律的雇主。					
DCA 將嘗試讓您知道，為了解決您的申訴或依法律要求，我們是否必須向您的雇主表明您的身份。					
<b>您的聯絡資訊</b>					
名字 <input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 女士		中間名	姓氏	使用的主要語言：	
地址 (房屋號碼、街名、公寓/套房/其他)					
城市	州	郵遞區號	行政區		
電話號碼 1 (主要)	電話號碼 2 (次要)		電子郵件地址		
透過提供您的電子郵件地址，您同意接收消費者事務局 (DCA) 的電子通訊，且您證實上列的電子郵件對您是可靠的通訊方式。					
<b>就業資訊</b>					
雇主				工作場所使用的主要語言：	
工作場所的地址 (房屋號碼、街名、公寓/套房/其他)					
城市	州	郵遞區號	行政區		
雇主仍在營業？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		雇主的營業時間		您的工作職稱/職務	
主管或經理姓名		主管或經理電話號碼		主管或經理電子郵件地址	
員工數：	<input type="checkbox"/> 1-4 名員工	<input type="checkbox"/> 5-19 名員工	<input type="checkbox"/> 20-99 名員工	<input type="checkbox"/> 100-499 名員工	<input type="checkbox"/> 500 名以上的員工
產業：	<input type="checkbox"/> 教育	<input type="checkbox"/> 政府	<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 飯店/旅館	<input type="checkbox"/> 工業/製造業
	<input type="checkbox"/> 專業服務	<input type="checkbox"/> 餐廳/食品服務	<input type="checkbox"/> 零售	<input type="checkbox"/> 雜貨	<input type="checkbox"/> 營造
				<input type="checkbox"/> 營造	<input type="checkbox"/> 其他
1. 您開始為雇主工作的日期是？			_____ / _____ / _____ (月/日/年)		
2. 您為此雇主平均每週工作幾小時？					
3. 您是否為雇主在紐約市工作？ (僅限布朗克斯、布魯克林、曼哈頓、皇后區、史坦頓島)			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
4. 您是否仍然為此雇主工作？			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
5. 如果您已經沒有為此雇主工作，請選擇原因。			<input type="checkbox"/> 辭職	<input type="checkbox"/> 解職/解雇	<input type="checkbox"/> 資遣
6. 如果您已經沒有為此雇主工作，您的最後一個工作日是什麼時候？			_____ / _____ / _____ (月/日/年)		

