



## 신청서 - 병가 불만사항

뉴욕 시 소비자 사안부(New York City Department of Consumer Affairs, DCA)로 연락 주셔서 감사합니다. 아래 문항을 작성해 주시기 바랍니다. 각 질문에 대하여 인쇄체로 또는 컴퓨터로 명확하게 작성하십시오. 귀하에게 해당하지 않는 질문의 경우, '해당 사항 없음'이라고 기재해 주시기 바랍니다.

신청서에 대한 문의사항이 있거나 본 양식 작성을 위해 직원의 도움이 필요하신 경우, [PaidSickLeave@dca.nyc.gov](mailto:PaidSickLeave@dca.nyc.gov) 를 방문하시거나 (212) 436-0255 또는 (212) 436-0258 로 소비자 사안부(DCA)에 연락하실 수 있으며 아래 주소로 직접 방문도 가능합니다. 영어 이외에 다른 언어 사용을 원하시면 무료 번역 보조를 제공해 드립니다. 아래 방법으로 작성한 양식을 제출해 주시기 바랍니다.

- [PaidSickLeave@dca.nyc.gov](mailto:PaidSickLeave@dca.nyc.gov) 로 이메일 또는
- 다음 주소로 우편 또는 방문 접수: New York City Department of Consumer Affairs, Attn: Paid Sick Leave Division, 42 Broadway, 9th Floor, New York, NY 10004

소비자 사안부(DCA)에서 신청서를 수령한 후, 필요한 추가 정보를 수집하거나 추후 당국이 취할 조치를 통지하기 위하여 영업일 기준 5 일 이내에 귀하에게 연락 드릴 것입니다.

<b>소비자 사안부(DCA)가 귀하를 어떻게 돕기를 원하십니까?</b> <input type="checkbox"/> 고용주와 본 불만 내용을 해결하도록 도와주십시오. <input type="checkbox"/> 법을 위반한다고 여겨지는 본인의 고용주를 조사해 주십시오.					
소비자 사안부(DCA)는 귀하의 불만 사항을 해결하거나 법의 요구사항에 따라 고용주에게 귀하의 신원을 확인해야 할 경우 귀하에게 알리도록 할 것입니다.					
<b>귀하의 연락처 정보</b>					
이름 <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Ms.		중간이름 이니셜		성	
주소 (번지, 도로 명, 아파트/스위트/기타)					
시		주		우편번호	
전화번호 1(주요)		전화번호 2(보조)		자치구	
이메일 주소		이메일 주소			
이메일 주소를 제공함으로써, 귀하는 소비자 사안부(Department of Consumer Affairs, DCA)의 전자 통지서를 받는 데 동의하며 이를 위해 확실한 이메일 주소를 제공했음을 확인하는 바입니다.					
<b>고용 정보</b>					
고용주 회사				직장에서 사용하는 주요 언어:	
직장 주소(번지, 도로 명, 아파트/스위트/기타)					
시		주		우편번호	
자치구		자치구			
고용주가 사업을 계속 유지하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		고용주 근무 시간		귀하의 직책/업무	
감독자 또는 관리자 이름		감독자/관리자 전화번호		감독자/관리자 이메일 주소	
직원 수:		<input type="checkbox"/> 1-4 명		<input type="checkbox"/> 5-19 명	
<input type="checkbox"/> 20-99 명		<input type="checkbox"/> 100-499 명		<input type="checkbox"/> 500 명 이상	
업종:		<input type="checkbox"/> 교육		<input type="checkbox"/> 정부	
<input type="checkbox"/> 의료		<input type="checkbox"/> 관광/호텔		<input type="checkbox"/> 공업/제조	
<input type="checkbox"/> 비영리		<input type="checkbox"/> 전문 서비스		<input type="checkbox"/> 요식/식품	
<input type="checkbox"/> 소매		<input type="checkbox"/> 식료품		<input type="checkbox"/> 건설	
<input type="checkbox"/> 기타		1. 해당 기업에서 언제부터 근무하기 시작했습니까? _____ / _____ / _____ (월/일/연도)			
2. 평균적으로, 고용주의 기업에서 주당 몇 시간 근무하십니까?					
3. 뉴욕 시 주관 기업에서 일하고 있습니까? (Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens, Staten Island 에 해당하는 경우만)		<input type="checkbox"/> 예		<input type="checkbox"/> 아니요	
4. 현재 고용주의 기업에서 근무하고 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예		<input type="checkbox"/> 아니요	
5. 현재 근무하고 있지 <i>않다면</i> , 이유를 선택해 주십시오.		<input type="checkbox"/> 사직/사임		<input type="checkbox"/> 해직/해고	
<input type="checkbox"/> 감원		6. 현재 근무하고 있지 <i>않다면</i> , 마지막 근무일은 언제였습니까? _____ / _____ / _____ (월/일/연도)			

귀하가 뉴욕 시 유급 병가 법(EARNED SICK TIME ACT 또는 PAID SICK LEAVE LAW)의 적용을 받는지 확인할 수 있도록 아래 질문에 대답해 주십시오.

1. 노조 회원이십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
2. 공무원이십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
3. 연방 워크 스터디 프로그램에 참여하고 계십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
4. 뉴욕 주 교육부의 허가를 받은 물리 치료사, 작업 치료사, 언어치료 임상전문가 또는 청각 전문가이십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
5. 근로 체험 프로그램(Work Experience Program, WEP)에 참여하고 계십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
6. 장학 프로그램의 지원을 받고 계십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
7. 독립 계약자이십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
8. 가사 근로자이십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름

**불만 정보**

1. 귀하의 고용주가 뉴욕 시 유급 병가 법(Paid Sick Leave Law)을 위반하였다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
2. '예'라고 대답하신 경우, 법을 위반한 날짜가 언제라고 생각하십니까? _____ / _____ / _____ (월/일/연도)		
3. 다음 중 귀하의 고용주가 뉴욕 시 유급 병가 법(Paid Sick Leave Law)을 어떤 식으로 위반했는지 표시해 주십시오. 해당 사항에 모두 체크하십시오.		
<input type="checkbox"/> 유급 병가를 사용하지 못하도록 했습니다.	<input type="checkbox"/> 유급 병가에 대해 정확한 보상을 하지 않았습니다.	<input type="checkbox"/> 다음 연도로의 유급 휴가 이월을 허락하지 않았습니다.
<input type="checkbox"/> 대체 근로자를 찾도록 요구했습니다.	<input type="checkbox"/> 빠진 시간을 채우도록 요구했습니다.	<input type="checkbox"/> 의료 서류를 제출하도록 요구했습니다.
<input type="checkbox"/> 병가 요청, 병가 사용 또는 불만 제기에 대하여 본인에게 보복하였습니다.	<input type="checkbox"/> 직원 권리에 관한 통지서를 제공하지 않았습니다.	<input type="checkbox"/> 기타
4. 무슨 일이 있었는지 직접 기술해 주십시오. 필요한 경우, 추가 용지에 기재하셔도 좋습니다.		

5. 고용주와 불만 사항을 해결하려고 시도해 보셨습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
6. 고용주로부터 어떤 방식의 불만 해결을 원하십니까? (예를 들어, 고용주의 서면 사과, 임금 지불, 초과 근무에 대한 휴가, 등)		
7. 문제 해결에 도움이 될만한 추가 정보를 제공해 주시기 바랍니다.		

본 양식과 함께 관련 문서(예를 들어, 급여 명세서, 고용 계약서, 단체 협약, 병가에 관한 고용주 정책, 병가 요청서 사본)를 제공해 주시기 바랍니다. 소비자 사안부(DCA)는 귀하의 불만사항 해결 과정에서 의료 관련 정보를 필요로 하지 않습니다. 의료 관련 정보를 제공하시는 경우, 소비자 사안부(DCA)는 해당 정보를 기밀로 간주하고 귀하의 동의 없이 또는 법적으로 요구되지 않는 이상 공개하지 않습니다.

상기 정보는 본인이 아는 한 사실이며 정확하고 빠진 내용이 없음을 확인하는 바입니다.

불만 제기 피고용자 서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_

이름(정자체) \_\_\_\_\_

부모 또는 보호자 서명  
(불만 제기 피고용자가 18 세 미만일 경우) \_\_\_\_\_

부모 또는 보호자 이름(정자체) \_\_\_\_\_