

## БЛАНК РЕГИСТРАЦИИ — ЖАЛОБА В СВЯЗИ С ОТПУСКОМ ПО БОЛЕЗНИ

Благодарим вас за обращение в Департамент по делам потребителей г. Нью-Йорка (New York City Department of Consumer Affairs, DCA). Просим ответить на вопросы, приведенные ниже. Разборчиво впишите печатными буквами или напечатайте свои ответы на каждый вопрос. Если вопрос не относится к вам, отметьте «н/п» или «не применимо».

Если у вас есть вопросы по поводу этой формы или вы предпочитаете, чтобы сотрудник помог вам заполнить ее, свяжитесь с DCA по электронной почте [PaidSickLeave@dca.nyc.gov](mailto:PaidSickLeave@dca.nyc.gov), позвоните по номеру (212) 436-0255 или (212) 436-0258 или посетите DCA по указанному ниже адресу. Если вы предпочитаете использовать другой язык (не английский), мы можем предоставить бесплатную помощь в переводе. Вы можете отправить заполненную форму одним из следующих способов:

- Адрес эл. почты: [PaidSickLeave@dca.nyc.gov](mailto:PaidSickLeave@dca.nyc.gov) ИЛИ
- Почтовая или курьерская доставка по адресу: New York City Department of Consumer Affairs, Attn: Paid Sick Leave Division, 42 Broadway, 9th Floor, New York, NY 10004

После того как DCA получит заполненную форму, мы свяжемся с вами в течение пяти рабочих дней, чтобы узнать необходимую нам дополнительную информацию или уведомить вас о том, какие действия мы предпримем.

<b>Какую помощь вы хотите получить от DCA?</b>		<input type="checkbox"/> Помочь мне решить жалобу на моего работодателя.		<input type="checkbox"/> Расследовать действия работодателя, который, по моему мнению, нарушает закон.	
DCA постарается уведомить вас, будет ли необходимо раскрыть вашу личность вашему работодателю, чтобы решить вашу жалобу или по требованию законодательства.					
<b>ВАШИ КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ</b>					
Имя <input type="checkbox"/> Г-н <input type="checkbox"/> Г-жа		Второй инициал		Фамилия	
Ваш родной язык:					
Адрес (номер дома, название улицы, квартира/комната/прочее)					
Город		Штат		Почтовый индекс	
Номер телефона 1 (основной)		Номер телефона 2 (дополнительный)		Адрес эл. почты	
Указывая адрес своей электронной почты, вы даете согласие на получение сообщений в электронной форме от Департамента по делам потребителей (DCA) и утверждаете, что данный адрес является надежной формой общения с вами.					
<b>СВЕДЕНИЯ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ</b>					
Место работы				Основной язык, используемый на рабочем месте:	
Адрес вашего места работы (номер дома, название улицы, квартира/комната/прочее)					
Город		Штат		Почтовый индекс	
Работодатель по-прежнему работает? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Часы работы работодателя		Ваша должность / официальные обязанности	
Имя руководителя или менеджера		Номер телефона руководителя/менеджера		Адрес электронной почты руководителя/менеджера	
Количество работников:		<input type="checkbox"/> 1—4 работника		<input type="checkbox"/> 5—19 работников	
		<input type="checkbox"/> 20—99 работников		<input type="checkbox"/> 100—499 работников	
		<input type="checkbox"/> Более 500 работников			
Отрасль:		<input type="checkbox"/> Образование		<input type="checkbox"/> Правительство	
		<input type="checkbox"/> Здравоохранение		<input type="checkbox"/> Гостиничный бизнес / гостиницы	
		<input type="checkbox"/> Промышленность / производство		<input type="checkbox"/> Некоммерческие организации	
<input type="checkbox"/> Профессиональные услуги		<input type="checkbox"/> Рестораны / общественное питание		<input type="checkbox"/> Розничная торговля	
		<input type="checkbox"/> Продовольственные товары		<input type="checkbox"/> Строительство	
		<input type="checkbox"/> Другое			
1. Когда вы начали работать на своего работодателя?			_____ / _____ / _____ (ММ/ДД/ГГ)		
2. Сколько часов в неделю в среднем вы работаете на этого работодателя?					
3. Вы выполняете работу для вашего работодателя в Нью-Йорке? (ТОЛЬКО Бронкс, Бруклин, Манхэттен, Куинс, Статен-Айленд)			<input type="checkbox"/> Да		<input type="checkbox"/> Нет
4. Вы все еще работаете на вашего работодателя?			<input type="checkbox"/> Да		<input type="checkbox"/> Нет
5. Если вы уже не работаете на вашего работодателя, укажите причину.			<input type="checkbox"/> Вышли на пенсию / уволились		<input type="checkbox"/> Сокращены/уволены
			<input type="checkbox"/> Временно уволены		
6. Если вы уже не работаете на вашего работодателя, когда вы в последний раз выходили на работу?			_____ / _____ / _____ (ММ/ДД/ГГ)		

**ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ, ЧТОБЫ ПОМОЧЬ НАМ ОПРЕДЕЛИТЬ, ПОДПАДАЕТЕ ЛИ ВЫ ПОД ДЕЙСТВИЕ ЗАКОНА О НАКОПЛЕННОМ ВРЕМЕНИ ПРЕБЫВАНИЯ НА БОЛЬНИЧНОМ (ЗАКОНА ОБ ОПЛАЧИВАЕМОМ ОТПУСКЕ ПО БОЛЕЗНИ) Г. НЬЮ-ЙОРКА (EARNED SICK TIME ACT / PAID SICK LEAVE LAW).**

1. Состоите ли вы в профсоюзе?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
2. Вы государственный служащий?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
3. Участвуете ли вы в федеральной программе работы и обучения?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
4. Являетесь ли вы специалистом по лечебной физкультуре, специалистом по трудотерапии, специалистом по дефектам речи или аудиологом, получившим лицензию Департамента образования штата Нью-Йорк?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
5. Являетесь ли вы участником Программы стажировки (WEP)?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
6. Получаете ли вы стипендию как участник программы?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
7. Являетесь ли вы независимым подрядчиком?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не знаю
8. Являетесь ли вы домашним работником?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не знаю

**ИНФОРМАЦИЯ О ЖАЛОБЕ**

1. Считаете ли вы, что ваш работодатель нарушил Закон об оплачиваемом отпуске по болезни г. Нью-Йорка?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
2. Если да, укажите дату, когда, по вашему мнению, работодатель нарушил закон. _____ / _____ / _____ (ММ/ДД/ГГ)		
3. Укажите, каким из следующих способов ваш работодатель нарушил Закон об оплачиваемом отпуске по болезни г. Нью-Йорка. Отметьте все подходящие варианты.		

<input type="checkbox"/> Не позволил мне использовать отпуск по болезни.	<input type="checkbox"/> Неправильно компенсировал мне отпуск по болезни.	<input type="checkbox"/> Не позволил мне перенести отпуск по болезни на следующий год.
<input type="checkbox"/> Требовал от меня найти работника на замену.	<input type="checkbox"/> Требовал, чтобы я отработал пропущенные часы.	<input type="checkbox"/> Требовал, чтобы я предоставил медицинскую документацию.
<input type="checkbox"/> Сводил со мной счеты за просьбу использовать отпуск по болезни, использование отпуска по болезни или подачу жалобы.	<input type="checkbox"/> Не предоставил мне Уведомление о правах работника.	<input type="checkbox"/> Другое

4. Своими словами опишите, что произошло. При необходимости используйте дополнительные листы.

5. Пытались ли вы решить свою жалобу с работодателем?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
6. Каких действий вы ждете от своего работодателя? (например, письмо с извинениями от работодателя, выплата причитающейся заработной платы, отгул и т. д.)		

7. Предоставьте нам любую дополнительную информацию, которая может быть полезной в решении этого вопроса.

**Просьба предоставить все соответствующие документы вместе с этой формой (т. е. ваши квитанции о начислении заработной платы, трудовой договор, коллективный договор, политику работодателя о предоставлении отпуска по болезни и копию вашего запроса отпуска по болезни). DCA не требуется информация о состоянии здоровья для обработки вашей жалобы. Если вы предоставите какую-либо информацию о состоянии здоровья, DCA будет обращаться с ней как с конфиденциальной и не будет раскрывать ее без вашего разрешения, кроме тех случаев, когда этого требует закон.**

Я утверждаю, что, насколько мне известно, эта информация является правдивой, правильной и полной.

Подпись работника, подающего жалобу \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Имя и фамилия (печатными буквами) \_\_\_\_\_

Подпись родителя или опекуна \_\_\_\_\_ Имя и фамилия родителя или опекуна печатными буквами \_\_\_\_\_  
(если работнику, подающему жалобу, еще не исполнилось 18 лет)