

Уведомление сотрудника о намерении использовать накопленный отпуск по болезни

ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ СОТРУДНИКОМ

Дата запроса:			
Имя сотрудника:		Идентификационный номер сотрудника:	
Отдел/группа:		Руководитель/начальник	
Местонахождение:			

Я уведомляю вас о моем намерении использовать накопленный отпуск по болезни в следующий (-ие) период (-ы) и время:

Дата:		<input type="checkbox"/> Полный день / смена	<input type="checkbox"/> с ____:____ по ____:____
Дата:		<input type="checkbox"/> Полный день / смена	<input type="checkbox"/> с ____:____ по ____:____
Дата:		<input type="checkbox"/> Полный день / смена	<input type="checkbox"/> с ____:____ по ____:____
Дата:		<input type="checkbox"/> Полный день / смена	<input type="checkbox"/> с ____:____ по ____:____

Подпись сотрудника	Дата подписания
--------------------	-----------------

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- **УВАЖИТЕЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ.** Согласно Закону о накопленном времени пребывания на больничном (Закон об оплачиваемом отпуске по болезни) города Нью-Йорка (EarnedSickTimeAct / PaidSickLeaveLaw) вы можете использовать накопленный отпуск по болезни в следующих случаях, которые применимы к вам или членам вашей семьи: (1) возникла необходимость в профилактическом медицинском обслуживании; (2) психическое или физическое заболевание, травма или иное расстройство; (3) возникла необходимость в постановке медицинского диагноза, уходе или лечении психического или физического заболевания, травмы или расстройства. В случае использования вами накопленного отпуска по болезни по причинам, не предусмотренным в Законе об оплачиваемом отпуске по болезни, ваш работодатель вправе применить к вам дисциплинарное взыскание, включая увольнение с работы.
- **ЗАБЛАГОВРЕМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ.** Если необходимость в отпуске по болезни можно предвидеть, ваш работодатель имеет право потребовать, чтобы вы письменно предупредили его за 7 (семь) дней о своем намерении взять такой отпуск. Требование вашего работодателя о заблаговременном уведомлении должно быть предусмотрено в письменной политике предоставления отпуска по болезни.
- **МИНИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОТПУСКА.** Согласно Закону об оплачиваемом отпуске по болезни ваш работодатель может установить обоснованную минимальную продолжительность отпуска по болезни, однако такая минимальная продолжительность не может превышать 4 (четыре) часа в день, если иное не установлено законодательством штата или федеральными законами. Минимальная продолжительность отпуска по болезни, установленная вашим работодателем, должна быть предусмотрена в письменной политике предоставления отпуска по болезни.
- **МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ.** При использовании вами отпуска по болезни более 3 (трех) рабочих дней подряд ваш работодатель имеет право потребовать справку, заверенную лицензированным медицинским учреждением и подтверждающую необходимость в отпуске по болезни в течение использованного вами периода. Ваш работодатель не вправе запрашивать у вас причину использования отпуска по болезни, кроме случаев, предусмотренных иными законами штата или федеральным законодательством. Требования вашего работодателя и порядок предоставления медицинских документов должны быть предусмотрены в письменной политике предоставления отпуска по болезни.
- **ПОИСК ЗАМЕНЫ.** Закон об оплачиваемом отпуске по болезни запрещает вашему работодателю требовать от вас поиска заменяющего вас сотрудника для работы в часы, которые являются вашим рабочим временем и которые вы планируете использовать для отпуска по болезни.
- **РЕПРЕССИВНЫЕ МЕРЫ НЕ ДОПУСТИМЫ.** Согласно Закону об оплачиваемом отпуске по болезни ваш работодатель не вправе применять к вам меры воздействия по причине вашего требования о предоставлении отпуска по болезни, использования отпуска по болезни или попытки осуществления любых других прав, предусмотренных в соответствии с Законом об оплачиваемом отпуске по болезни. Если, по вашему мнению, работодатель применил к вам незаконные репрессивные меры, вы можете подать жалобу в Департамент по делам потребителей г. Нью-Йорка (NewYorkCityDepartmentofConsumerAffairs) в интернете по адресу nyc.gov/consumers или по номеру 311.

ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

Окончательное решение:	<input type="checkbox"/> Одобрено	<input type="checkbox"/> Отклонено	Дата окончательного решения:	
Решение принял (-а):			Причина отклонения:	
Минимальная продолжительность отпуска:	<input type="checkbox"/> Обязательно	<input type="checkbox"/> Не применимо	Дата выхода на работу:	
Документы	<input type="checkbox"/> Обязательно	<input type="checkbox"/> Не применимо	Дата представления документов:	
Выплату утвердил (-а):			Дата выплаты:	

Предоставьте копию данной заполненной формы вышеуказанному сотруднику.