

# Запрос сотрудника на отработку пропущенного времени вместо использования накопленного отпуска по болезни

## ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ СОТРУДНИКОМ

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

### Я прошу предоставить мне возможность:

- отработать дополнительные часы ИЛИ  
 поменять смену вместо использования накопленного отпуска по болезни в даты и период (-ы), указанные ниже.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Дата отсутствия на работе:                 |  | <input type="checkbox"/> Полный день / смена                                     | <input type="checkbox"/> Другое<br>с ____:____<br>по ____:____ |
| Дата отработки дополнительных часов/смены: |  | <input type="checkbox"/> Полный день / смена                                     | <input type="checkbox"/> Другое<br>с ____:____<br>по ____:____ |
| Отметьте один из вариантов:                | <input type="checkbox"/> В течение 7 дней до периода отсутствия на работе (только если такое отсутствие запланировано)<br><input type="checkbox"/> В течение 7 дней после периода отсутствия на работе | <b>Имя и фамилия сотрудника (если запрашивается возможность поменять смену):</b> |  |
| Дата отсутствия на работе:                 |  | <input type="checkbox"/> Полный день / смена                                     | <input type="checkbox"/> Другое<br>с ____:____<br>по ____:____ |
| Дата отработки дополнительных часов/смены: |  | <input type="checkbox"/> Полный день / смена                                     | <input type="checkbox"/> Другое<br>с ____:____<br>по ____:____ |
| Отметьте один из вариантов:                | <input type="checkbox"/> В течение 7 дней до периода отсутствия на работе (только если такое отсутствие запланировано)<br><input type="checkbox"/> В течение 7 дней после периода отсутствия на работе | <b>Имя и фамилия сотрудника (если запрашивается возможность поменять смену):</b> |  |

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

## ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- Согласно Закону о накопленном времени пребывания на больничном (Закон об оплачиваемом отпуске по болезни) (EarnedSickTimeAct / PaidSickLeaveLaw) вы можете подать запрос об отработке часов, которые вы пропустили или планируете пропустить, и не использовать отпуск по болезни. Вы можете подать запрос об отработке дополнительных часов или о возможности поменяться сменой с другим работником в течение 7 (семи) дней после периода вашего отсутствия на работе. Если ваше отсутствие запланировано, вы можете подать запрос об отработке дополнительных часов или о возможности поменяться сменой с другим работником в течение 7 (семи) дней до периода вашего запланированного отсутствия на работе. (Исключение: если вы занимаете должность адъюнкт-профессора в высшем учебном заведении, вы можете отработать дополнительное время в любой момент в течение семестра.) Ваш работодатель не может требовать от вас отработки дополнительных часов вместо использования отпуска по болезни или в дополнение к нему.
- 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](http://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:          |  |

Предоставьте копию данной заполненной формы сотруднику, подающему запрос.