

WE ARE YOUR DOL



نموذج الشكاوى بشأن العمل الإضافي الإلزامي للممرضين/الممرضات

* تشير إلى الحقوق المطلوبة

هل أنت ممرض/ممرضة مُسجِّل/ة أصولاً (RN) أو ممرض/ممرضة عملي/ة مرخَّص/ة (LPN)، أو تُقدِّمون النموذج أصالةً عن شخص يحمل إحدى هاتين الرخصتين (RN أو LPN)؟ * نعم لا

(إذا كانت الإجابة "لا"، يُرجى عدم استكمال هذا النموذج).

هل تعملون حالياً أو سبق لكم العمل في منشأة رعاية صحية مشمولة بأحكام قانون العمل الإلزامي، وتمَّ إلزامكم بالعمل الإضافي؟ * (من الأمثلة على المنشآت المشمولة المستشفيات ودور رعاية المسنين ومنشآت الرعاية الصحية السكنية والمنشآت التي تُدار أو تُرخَّص من قِبَل مكتب خدمات الطفل والأسرة (OCFS)، وما إلى ذلك) نعم لا

(إذا كانت الإجابة "لا"، يُرجى عدم استكمال هذا النموذج).

معلومات مُقدِّم الشكاوى

الاسم الأول*: الاسم الأخير*:

عنوانكم البريدي

الشارع:

المدينة/البلدة: المقاطعة: الولاية: الرمز البريدي:

رقم هاتفكم*: () - () بريدكم الإلكتروني:

المُسَمَّى الوظيفي/توصيف مهامكم الوظيفية*:

هل أنتم موظفون تتقاضون أجوركم بالساعة؟ نعم لا

أعضاء منتسبين لإحدى النقابات؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى ذكر اسم ورقم الفرع المحلي للنقابة:

معلومات المؤسسة/جهة العمل

اسم المؤسسة/جهة العمل*:

عنوان المؤسسة/جهة العمل (بما يشمل المقاطعة)

الشارع*:

المدينة/البلدة*: المقاطعة*: الولاية*: الرمز البريدي:

هل موقع العمل هو نفس عنوان المؤسسة/جهة العمل؟* نعم لا

الشارع*: _____

المدينة/البلدة*: _____ المقاطعة*: _____ الولاية*: _____ الرمز البريدي: _____

اسم المشرف: _____ رقم هاتف المشرف: (_____) _____ - _____

طبيعة النشاط المؤسسي لجهة العمل*:

مستشفى دار رعاية المسنين منشأة تابعة لمكتب خدمات الطفل والأسرة (OCFS) غير ذلك – يُرجى التوضيح:

تفاصيل الشكوى

بالنسبة لكل حادثة أُجبرتم فيها على العمل الإضافي الإلزامي، يُرجى ذكر التاريخ وساعات العمل الأصلية المُجدولة وساعات العمل الإضافية التي ألزمت بها.*

التاريخ/التواريخ			الجدول الزمني الأصلي			العمل الإضافي الإلزامي		
اليوم بخانتين/الشهر بخانتين/السنة بأربع			خانات وقت البدء	وقت الانتهاء	إجمالي عدد الساعات	وقت البدء	وقت الانتهاء	إجمالي عدد الساعات
	/	/						
	/	/						
	/	/						
	/	/						

هل قَدِّمت جهة عملكم تفسيرًا لسبب فرض العمل الإضافي الإلزامي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما السبب الذي تمّ تقديمه؟

إذا كانت الإجابة "نعم"، ما هي الظروف التي أبلغتم بها؟

هل تمّ فرض العمل الإضافي خلال حالة طوارئ أو كارثة مُعلنة على المستوى الوطني أو على مستوى الولاية أو البلدية، أو خلال أي حدث كارثي آخر؟* نعم لا لست متأكدًا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح:

إذا كانت الإجابة "نعم"، هل تعلمون ما إذا كانت جهة العمل قد أبلغت إدارة الصحة (DOH) وإدارة العمل (DOL) عن لجونها لاستخدام نظام العمل الإضافي الإلزامي في ظل حالة الطوارئ؟ نعم لا لست متأكدًا

هل فرضَ العمل الإضافي الإلزامي لأنَّ جهة العمل ارتأت وجود حالة طوارئ تتعلّق برعاية المرضى؟ نعم لا لست متأكدًا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى التوضيح:

اعتمادًا على سبب فرض العمل الإضافي الإلزامي، قد تكون جهة عملكم ملزمة باستنفاد جميع الجهود الممكنة بما يتماشى مع المنطق لضمان توفير الكوادر الكافية. يُرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بناءً على المعلومات المتوفرة لديك بأقصى دقة ممكنة:

- a. هل طلبتُ جهة عملكم متطوعين للعمل الإضافي؟ نعم لا لستُ متأكدًا
- b. هل تواصلتُ جهة عملكم مع موظفين ممن أعربوا عن استعدادهم للعمل لساعات إضافية؟ نعم لا لستُ متأكدًا
- c. هل تواصلتُ جهة العمل مع الكوادر العاملين بنظام العمل اليومي أو عند الحاجة؟ نعم لا لستُ متأكدًا
- d. هل تواصلتُ جهة العمل مع إحدى وكالات توفير العمالة المؤقتة؟ نعم لا لستُ متأكدًا
- جهة عملكم خطة لتوفير عدد كافٍ من طواقم التمريض؟ نعم لا

هل تعرض جهة عملكم الملصق المطلوب بخصوص العمل الإضافي الإلزامي؟ <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster> نعم لا

هل أنتم من الممثلين النقابيين وتقدمون هذه الشكوى أصالةً عن الأعضاء فيها؟* نعم لا

يُرجى استخدام المساحة أدناه لتقديم أي معلومات إضافية قد تكون لديكم بخصوص هذه الشكوى.