

WE ARE YOUR DOL



Έντυπο καταγγελίας για υποχρεωτικές υπερωρίες νοσηλευτών

* Υποδεικνύει τα υποχρεωτικά πεδία.

Είστε RN ή LPN ή εκπροσωπείτε RN ή LPN;* Ναι Όχι

(Αν η απάντησή σας είναι «Όχι», σας παρακαλούμε να μη συμπληρώσετε το παρόν έντυπο.)

Εργάζεστε ή έχετε εργαστεί σε κάποια καλυπτόμενη μονάδα υγειονομικής περίθαλψης και σας υποχρέωσαν να κάνετε υπερωρίες;* (Στις καλυπτόμενες μονάδες περιλαμβάνονται νοσοκομεία, οίκοι ευγηρίας, μονάδες υποβοηθούμενης διαβίωσης, μονάδες που λειτουργούν ή είναι αδειοδοτημένες από το Γραφείο Υπηρεσιών για Παιδιά και Οικογένειες (OCFS) κλπ.) Ναι Όχι

(Αν η απάντησή σας είναι «Όχι», σας παρακαλούμε να μη συμπληρώσετε το παρόν έντυπο.)

Στοιχεία καταγγέλλοντος

Όνομα*: Επώνυμο*:

Η ταχυδρομική διεύθυνσή σας

Οδός:

Πόλη/Κωμόπολη: Κομητεία: Πολιτεία: Ταχ. κώδικας:

Ο αριθμός τηλεφώνου σας*: () - Η διεύθυνση email σας:

Τίτλος θέσης εργασίας/Περιγραφή των εργασιακών καθηκόντων σας*:

Είστε ωρομίσθιος εργαζόμενος; Ναι Όχι

Είστε μέλος σωματίου; Ναι Όχι

Αν η απάντησή σας είναι «Ναι», γράψτε την ονομασία και τον αριθμό του τοπικού σας σωματίου:

Στοιχεία επιχείρησης

Επωνυμία επιχείρησης*:

Διεύθυνση επιχείρησης (Συμπεριλάβετε την κομητεία.)

Οδός*:

Πόλη/Κωμόπολη*: Κομητεία*: Πολιτεία*: Ταχ. κώδικας:

Η τοποθεσία εργασίας είναι η ίδια με τη διεύθυνση της επιχείρησης;* Ναι Όχι

Οδός*:

Πόλη/Κωμόπολη*: Κομητεία*: Πολιτεία*: Ταχ. κώδικας:

Όνομα προϊσταμένου: Αριθμός τηλεφώνου προϊσταμένου: () -

Φύση επιχείρησης εργοδότη*: Νοσοκομείο Οίκος ευγηρίας Μονάδα του OCFS Άλλο – Εξηγήστε:

Αναλυτικές πληροφορίες για την καταγγελία

Για κάθε περιστατικό για το οποίο χρειάστηκε να κάνετε υποχρεωτική υπερωρία, παραθέστε την ημερομηνία, τις ώρες που ήταν αρχικά προγραμματισμένο να εργαστείτε και τις υπερωρίες που απαιτήθηκε να κάνετε.*

Ημερομηνία(-ες)			Αρχικό πρόγραμμα			Υποχρεωτική υπερωρία		
MM/HH/EEEE			Ώρα έναρξης	Ώρα λήξης	Συνολικές ώρες	Ώρα έναρξης	Ώρα λήξης	Συνολικές ώρες
	/							
	/							
	/							
	/							

Σας εξήγησε ο εργοδότης σας τον λόγο της υποχρεωτικής υπερωρίας; Ναι Όχι

Αν η απάντησή σας είναι «Ναι», ποιος ήταν ο λόγος που σας ανέφερε;

Αν η απάντησή σας είναι «Ναι», ποιες ήταν οι περιστάσεις;

Η υπερωρία απαιτήθηκε κατά τη διάρκεια κάποιας κηρυγμένης εθνικής, πολιτειακής ή δημοτικής έκτακτης ανάγκης ή καταστροφής ή κάποιου άλλου καταστροφικού συμβάντος;*

Ναι Όχι Δεν μπορώ να πω με σιγουριά.

Αν ναι, εξηγήστε:

Αν ναι, γνωρίζετε μήπως ο εργοδότης αναφέρει στο Υπουργείο Υγείας (DOH) και στο Υπουργείο Εργασίας (DOL) τη χρήση των υποχρεωτικών υπερωριών στη διάρκεια μιας έκτακτης ανάγκης;

Ναι Όχι Δεν μπορώ να πω με σιγουριά.

Η υπερωρία απαιτήθηκε επειδή ο εργοδότης σας έκρινε ότι υπήρχε έκτακτη ανάγκη περίθαλψης κάποιου ασθενούς; Ναι Όχι Δεν μπορώ να πω με σιγουριά.

Αν η απάντησή σας είναι «Ναι», εξηγήστε:

Ανάλογα με τον λόγο της υποχρεωτικής υπερωρίας, ο εργοδότης ίσως απαιτήθηκε να εξαντλήσει κάθε εύλογη προσπάθεια για να έχει διαθέσιμο προσωπικό. Απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις με βάση όσα είστε σε θέση να γνωρίζετε:

α. Ο εργοδότης σας ζήτησε από τους εργαζόμενους να κάνουν υπερωρίες εθελοντικά;

Ναι Όχι Δεν μπορώ να πω με σιγουριά.

β. Ο εργοδότης σας επικοινωνήσε με εργαζόμενους που προσφέρθηκαν να κάνουν υπερωρίες;

Ναι Όχι Δεν μπορώ να πω με σιγουριά.

γ. Ο εργοδότης σας επικοινωνήσε με προσωπικό ημερήσιας απασχόλησης;

Ναι Όχι Δεν μπορώ να πω με σιγουριά.

δ. Ο εργοδότης σας επικοινωνήσε με κάποιο γραφείο εύρεσης προσωπικού προσωρινής απασχόλησης;

Ναι Όχι Δεν μπορώ να πω με σιγουριά.

Ο εργοδότης σας έχει Πρόγραμμα Κάλυψης Νοσηλευτών; Ναι Όχι

Ο εργοδότης σας έχει αναρτήσει την απαιτούμενη αφίσσα; <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster>

Ναι Όχι

Είστε εκπρόσωπος σωματείου που υποβάλλει την παρούσα καταγγελία για λογαριασμό των μελών σας;*

Ναι Όχι

Χρησιμοποιήστε τον παρακάτω χώρο για να δώσετε πρόσθετες πληροφορίες που ίσως έχετε όσον αφορά την παρούσα καταγγελία.