

WE ARE YOUR DOL



Modulo di reclamo per gli straordinari obbligatori per gli infermieri

* Indica i campi obbligatori

Sei un RN o un LPN, o rappresenti un RB o un LPN?* Sì No

(Se ha risposto "No", non completi questo modulo).

Lavora o ha lavorato in una struttura sanitaria coperta e le è stato imposto di fare gli straordinari?
(Esempi di strutture coperte sono gli ospedali, le case di cura, le strutture sanitarie residenziali, le strutture gestite o autorizzate dall'Ufficio dei Servizi per l'Infanzia e la Famiglia, ecc). Sì No

(Se ha risposto "No", non completi questo modulo).

Informazioni sul richiedente

Nome*: Cognome*:

Il tuo Indirizzo postale

Indirizzo:

Città/località: Contea: Stato: Codice postale:

Il tuo Numero di telefono*: () - La tua E-mail:

Titolo del lavoro/Descrizione delle tue mansioni*:

Sei un lavoratore a ore? Sì No

Iscrizione al sindacato? Sì No

Se sì, nome e numero del locale:

Informazioni sul piano

Nome dell'azienda*:

Indirizzo dell'azienda (compresa la contea)

Indirizzo*:

Città/località*: Contea*: Stato*: Codice postale:

La sede di lavoro coincide con l'indirizzo dell'azienda?* Sì No

Indirizzo*:

Città/località*: Contea*: Stato*: Codice postale:

Nome del supervisore: Numero di telefono del supervisore: () -

Natura dell'attività del datore di lavoro*: Ospedale Casa di cura Struttura OCFS Altro - spiegare

Dettagli del reclamo

Per ogni incidente per il quale hai dovuto fare straordinari obbligatori, indica la data, le ore di lavoro inizialmente previste e le ore di straordinario che ti sono state richieste.*

Data(e)			Programma originale			Straordinari obbligatori		
MM/GG/AAAA			Ora di inizio	Ora di fine	Orario totale	Ora di inizio	Ora di fine	Orario totale.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il tuo datore di lavoro ha spiegato il motivo degli straordinari obbligatori? Sì No

Se "sì", quale motivazione ti è stata data?

Se "sì", quali erano le circostanze?

Gli straordinari sono stati richiesti durante un'emergenza o un disastro nazionale, statale o municipale dichiarato o altri eventi catastrofici? Sì No Non sono sicuro

Se "Sì", fornisci spiegazioni:

Se sì, sai se il datore di lavoro segnala al DOH e al DOL l'utilizzo di straordinari obbligatori durante un'emergenza? Sì No Non sono sicuro

Il lavoro straordinario è stato richiesto perché il tuo datore di lavoro ha stabilito che c'era un'assistenza al paziente emergenza? Sì No Non sono sicuro

Se "Sì", fornisci spiegazioni:

A seconda del motivo dello straordinario obbligatorio, al tuo datore di lavoro potrebbe essere stato richiesto di fare degli sforzi ragionevoli per ottenere personale. Rispondi alle seguenti domande al meglio delle tue conoscenze:

- a. Il tuo datore di lavoro ha chiesto volontari per fare gli straordinari? Sì No Non sono sicuro
- b. Il tuo datore di lavoro ha contattato i dipendenti che si sono resi disponibili a lavorare in orario extra?
Sì No Non sono sicuro
- c. Il tuo datore di lavoro ha contattato il personale giornaliero? Sì No Non sono sicuro
- d. Il tuo datore di lavoro ha contattato un'agenzia interinale? Sì No Non sono sicuro

Il tuo datore di lavoro ha un piano di copertura per gli infermieri? Sì No

Il tuo datore di lavoro espone il manifesto obbligatorio? <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster>
Sì No

Sei un rappresentante sindacale che presenta questo reclamo per conto dei tuoi iscritti?* Sì No

Utilizza lo spazio sottostante per fornire qualsiasi informazione aggiuntiva relativa a questo reclamo