

WE ARE YOUR DOL



看護師の強制残業に対する苦情申し立て用紙

「*」印のある空欄は必ずご記入ください。

あなたは**RN**または**LPN**ですか、または**RB**または**LPN**の代理ですか？* はい いいえ

(回答が「いいえ」の場合、このフォームには記入しないでください。)

対象となる医療施設で勤務中、または過去に勤務していたことがありますか？そして残業は義務になっていましたか？* (対象施設の例としては、病院、老人ホーム、住居型医療施設、児童家庭福祉局が運営、または児童家庭福祉局から許可を受けた施設など) はい いいえ

(回答が「いいえ」の場合、このフォームには記入しないでください。)

請求者情報

名*: 姓*:

郵送先住所

通り:

市区町村: 郡: 州: 郵便番号:

電話番号*: () - Eメール:

役職/あなたの職務内容*:

あなたは、時給制の従業員ですか？ はい いいえ

労働組合に加入していますか？ はい いいえ

「はい」の場合、ローカル名と番号:

事業情報

事業者名*:

事業者の住所 (郡から)

通り*:

市区町村*: 郡*: 州*: 郵便番号:

事業者の住所と職場の住所は同じですか？* はい いいえ

通り*:

市区町村*: 郡*: 州*: 郵便番号:

監督者の氏名: 監督者の電話番号: () -

雇用主の事業内容*: 病院 介護施設 OCFS施設 その他 - 具体的に記述:

苦情の詳細

強制的な残業をしなければならなかった事件ごとに、日付、当初予定されていた労働時間、および要求された残業時間を記述してください。*

日付			当初の予定			強制残業時間		
月	日	年	開始時間	終了時間	総時間	開始時間	終了時間	総時間
<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"/>

あなたの雇用主は、強制残業の理由を説明しましたか? はい いいえ

「はい」の場合、どのような理由でしたか?

「はい」の場合、どのような状況でしたか?

国、州、または自治体が緊急事態や災害、その他の災害を宣言したときに、残業を求められたのですか*?

はい いいえ 分からない

「はい」の場合、説明してください。

「はい」の場合、雇用主が緊急時に義務としての残業をDOHとDOLに報告しているかどうかを知っていますか? はい いいえ 分からない

あなたの雇用主が患者ケアの緊急事態と判断したために、残業が要求されたのですか?

はい いいえ 分からない

「はい」の場合、説明してください。

強制残業の理由によっては、あなたの雇用主は要員確保のための合理的な努力を尽くす要求があったのかもしれませんが。以下の質問について、ご存知の範囲でお答えください。

- a. あなたの雇用主は、志願者に残業を依頼しましたか？ はい いいえ 分からない
- b. あなたの雇用主は、時間外労働に応じた従業員に連絡しましたか？ はい いいえ 分からない
- c. あなたの雇用主は、日当制のスタッフに連絡しましたか？ はい いいえ 分からない
- d. あなたの雇用主は、派遣会社に連絡しましたか？ はい いいえ 分からない

あなたの雇用主にはNurse Coverage Plan（看護婦補償プラン）がありますか？ はい いいえ

あなたの雇用主は必要なポスターを掲示しましたか？ <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster>
はい いいえ

あなたは組合員のためにこの苦情を申し立てている労働組合の代表者ですか？* はい いいえ

この苦情に関する追加の情報があれば、以下の空欄に記入してください。