

# WE ARE YOUR DOL



## 간호사에 대한 필수 초과근무 이의제기 양식

\* 필수 항목을 가리킴

귀하는 **RN** 또는 **LPN**입니까, 아니면 **RB** 또는 **LPN**을 대표합니까?\* 예 아니요

('아니요'인 경우 이 양식을 작성하지 마십시오.)

귀하는 보장 대상 의료 시설에서 근무하고 있으며 초과 근무를 하도록 명령받은 적이 있습니까?\* (적용되는 시설의 예로는 병원, 요양원, 거주형 의료 시설, 아동 및 가족 서비스국에서 운영하거나 인가된 시설 등이 포함됩니다.) 예 아니요

('아니요'인 경우 이 양식을 작성하지 마십시오.)

### 청구인 정보

이름\*:  성\*:

본인 우편 주소

거리:

시/타운:  카운티:  주:  우편번호:

본인 전화번호\*: ()  -  본인 이메일 주소:

직위/직무 설명\*:

귀하는 시간제 계약직입니까? 예 아니요

조합원입니까? 예 아니요

'예'인 경우 지역 이름 및 번호:

### 사업자 정보

사업자 이름\*:

사업자 주소(카운티 포함)

거리\*:

시/타운\*:  카운티\*:  주\*:  우편번호:

근무지 주소가 사업자 주소와 동일합니까?\* 예 아니요

거리\*:

시/타운\*:  카운티\*:  주\*:  우편번호: \_\_\_\_\_  
 상사 이름: \_\_\_\_\_ 상사 전화번호: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 고용주 업태\*: 병원    요양원    OCFS 시설    기타 - 상세 기재:

**민원 세부정보**

의무 초과근무를 해야 할 각각의 건에 대해 날짜, 원래 근무하도록 예정된 시간 및 근무해야 할 초과근무 시간을 기입하십시오.\*

날짜			원래 일정		의무 초과근무 시간		
월/일/년	시작 시간	종료 시간	총 시간	시작 시간	종료 시간	총 시간	
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

고용주가 의무 초과근무 사유를 설명해 주었습니까?    예            아니요

"예"인 경우 이유는 무엇입니까?

"예"인 경우 상황은 어떠했습니까?

국가, 주 또는 지방 자치당국의 긴급 상황이나 재해 또는 기타 재난 사건 기간 동안 초과근무를 맡아야 했습니까\*?    예    아니요    모르겠음

"예"인 경우 상세히 기재해 주십시오:

"예"인 경우 고용주가 긴급 상황 동안 의무적인 초과 근무 사용을 DOH 및 DOL에 보고하고 있는지 알고 계십니까?    예    아니요    모르겠음

고용주가 환자 치료 응급 상황이라고 판단하여 초과 근무가 필요한 경우 필요했습니까?

예    아니요    모르겠음

"예"인 경우 상세히 기재해 주십시오:

의무 초과근무 사유에 따라, 귀하의 고용주는 직원에게 업무를 배정하기 위한 타당한 노력을 기울여야 할 수도 있습니다.

본인이 아는 선에서 다음 질문에 답하십시오.

a. 고용주가 자원 봉사자에게 초과근무를 부탁했습니까? 예    아니요    모르겠음

b. 고용주가 추가근무 시간을 낼 수 있다고 한 직원에게 연락했습니까?

예    아니요    모르겠음

c. 고용주가 일용직 직원에게 연락했습니까? 예    아니요    모르겠음

d. 고용주가 일용직 기관에 연락했습니까? 예    아니요    모르겠음

고용주에게 간호사 보장 플랜이 있습니까? 예    아니요

고용주가 필수 포스터를 게시합니까? <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster>    예    아니요

귀하는 귀하의 조합원을 대신해 이 민원을 제출하는 노조 대표이십니까?\*    예    아니요

이 이의 제기 건과 관련하여 추가 정보를 제공하려면 아래의 공란에 기입하십시오.