

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.*

월/일/년	날짜	원래 일정			의무 초과근무 시간		
		시작 시간	종료 시간	총 시간	시작 시간	종료 시간	총 시간
/	/						
/	/						
/	/						
/	/						

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 했습니다*? 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.