

## **Formularz skargi dotyczący obowiązkowych nadgodzin personelu pielęgniarskiego**

\* Wskazuje na wymagane pola

**Czy jesteś RN lub LPN lub reprezentujesz RB lub LPN?\***    **Tak**    **Nie**

(Jeśli odpowiedź brzmi „Nie”, nie wypełniać niniejszego formularza.)

**Czy pracujesz lub pracowałeś w placówce opieki zdrowotnej objętej ubezpieczeniem i byłeś zobowiązany do pracy w godzinach nadliczbowych?\*** (Przykłady placówek objętych ubezpieczeniem obejmują szpitale, domy opieki, stacjonarne placówki opieki zdrowotnej, placówki obsługiwane lub licencjonowane przez Office of Child and Family Services itp.)    **Tak**    **Nie**

(Jeśli odpowiedź brzmi „Nie”, nie wypełniać niniejszego formularza.)

### **Informacje o osobie składającej skargę**

Imię\*:     Nazwisko\*:

Twój adres korespondencyjny

Nr ulicy:

Miasto/miejscowość:     Hrabstwo:     Stan:     Kod pocztowy:

Twój numer telefonu\*: ()  -     Twój adres e-mail:

Stanowisko/Opis obowiązków służbowych\*:

Czy jesteś pracownikiem zatrudnionym na godziny?    **Tak**    **Nie**

Członek związku zawodowego?    **Tak**    **Nie**

Jeśli odpowiedź brzmi „tak” Nazwa lokalna i numer:

### **Informacje o firmie**

Nazwa firmy\*:

Adres firmy (w tym hrabstwo)

Ulica\*:

Miasto/miejscowość\*:     Hrabstwo\*:     Stan\*:     Kod pocztowy:

Czy miejsce wykonywania pracy jest takie same jak adres firmy?\*    Tak    Nie

Ulica\*:

Miasto/miejscowość\*:  Hrabstwo\*:  Stan\*:  Kod pocztowy:

Imię i nazwisko przełożonego:  Numer telefonu przełożonego: (  )  -

Charakter firmy pracodawcy\*:    Szpital    Dom opieki    Placówka OCFS    Inny – opisać:

### Szczegóły skargi

W przypadku każdego incydentu, z powodu którego musiałeś pracować w godzinach nadliczbowych, podaj datę, godziny, w których pierwotnie miałeś pracować, oraz godziny nadliczbowe, które były wymagane.\*

| Data/Daty            |                      |                      | Pierwotny harmonogram |                      |                      | Obowiązkowe godziny nadliczbowe |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|
| MM/DD/RRRR           |                      |                      | Godzina rozpoczęcia   | Godzina zakończenia  | Łączna liczba godzin | Godzina rozpoczęcia             | Godzina zakończenia  | Łączna liczba godzin |
| <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"/> |

Czy Twój pracodawca wyjaśnił powód obowiązkowych nadgodzin?    Tak    Nie

Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, jakie podał powody?

Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, jakie to były okoliczności?

Czy nadgodziny były wymagane podczas jakiejkolwiek ogłoszonej krajowej, stanowej lub miejskiej sytuacji kryzysowej, katastrofy lub innego zdarzenia o charakterze katastroficznym\*?

Tak    Nie    Nie mam pewności

Jeśli tak, proszę wyjaśnij:

Jeśli tak, to czy wiesz, czy pracodawca zgłasza DOH i DOL wykorzystanie obowiązkowych nadgodzin w sytuacjach kryzysowych?    Tak    Nie    Nie mam pewności

Czy nadgodziny były wymagane, ponieważ Twój pracodawca ustalił, że wystąpiła nagła potrzeba opieki nad pacjentem?    Tak    Nie    Nie mam pewności

Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, proszę wyjaśnij:

W zależności od przyczyny obowiązkowej pracy w nadgodzinach Twój pracodawca mógł być zobowiązany do podjęcia uzasadnionych starań w celu uzyskania personelu. Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą:

- a. Czy Twój pracodawca poprosił o dobrowolne zgłaszanie się do pracy w godzinach nadliczbowych?  
Tak    Nie    Nie mam pewności
- b. Czy Twój pracodawca kontaktował się z pracownikami, którzy zgłosili się do pracy w dodatkowym wymiarze godzin?    Tak    Nie    Nie mam pewności
- c. Czy pracodawca kontaktował się z pracownikami dochodzącymi?    Tak    Nie    Nie mam pewności
- d. Czy pracodawca kontaktował się z agencją pracy tymczasowej?    Tak    Nie    Nie mam pewności

Czy Twój pracodawca posiada Plan opieki pielęgniarskiej?    Tak    Nie

Czy pracodawca wywiesza wymagany plakat? <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster>    Tak    Nie

Czy jesteś przedstawicielem związku zawodowego składającym tę skargę w imieniu członków związku?\*  
Tak    Nie

Prosimy o wykorzystanie poniższego miejsca w celu dostarczenia wszelkich dodatkowych informacji dotyczących niniejszej skargi.