

# WE ARE YOUR DOL



## Бланк жалобы относительно Обязательных сверхурочных для медицинских сестер

\* Указывает на поля, обязательные для заполнения

**Являетесь ли вы дипломированным медицинским работником или лицензированным практикующим медицинским работником или подведомственные одного из них?\*** Да Нет

Если вы ответили «Нет», не заполняйте эту форму.

**Работаете ли вы или работали в медицинском учреждении, на которое распространяется действие закона, и были ли вы вынуждены работать сверхурочно?\*** (Примерами учреждений, на которые распространяется действие закона, являются больницы, дома престарелых, интернаты, учреждения, управляемые или лицензированные Управлением по делам детей и семьи, и т. д.) Да Нет

Если вы ответили «Нет», не заполняйте эту форму.

### Данные заявителя

Фамилия\*:  Имя\*:

Ваш почтовый адрес:

Улица:

Город:  Округ:  Штат:  Почтовый индекс:

Ваш номер телефона\*: ()  -  Адрес электронной почты:

Название должности/описание обязанностей\*:

Вы работаете на условиях почасовой оплаты? Да Нет

Членство в профсоюзах? Да Нет

Если вы ответили «Да», то укажите название и номер местного отделения:

### Информация о предприятии

Название предприятия\*:

Адрес предприятия (включая округ)

Улица\*:

Город\*:  Округ\*:  Штат\*:  Почтовый индекс:

Место работы совпадает с адресом предприятия?\* ☐ Да ☐ Нет

Улица\*:

Город\*:  Округ\*:  Штат\*:  Почтовый индекс:

Имя, фамилия начальника:  Номер телефона начальника: (  )  -

Характер бизнеса работодателя\*: ☐ Больница ☐ Дом престарелых  
☐ Учреждение Управления по делам детей и семьи ☐ Другое – поясните:

### Подробности жалобы

Для каждого случая, когда вам приходилось работать в обязательном порядке сверхурочно, укажите дату, часы, которые вы должны были отработать по первоначальному графику, и часы, которые вам пришлось отработать сверхурочно.\*

Дата(ы)			Первоначальный график			Обязательные сверхурочные		
ММ/ДД/ГГГГ			Время начала	Время окончания	Итого часов	Время начала	Время окончания	Итого часов
<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"/>

Объяснил ли работодатель причину обязательной сверхурочной работы? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», то какая причина была указана?

Если «Да», что это были за обстоятельства?

Требовались ли сверхурочные в связи с каким-либо объявленным национальным, государственным или муниципальным чрезвычайным положением, стихийным бедствием или другим катастрофическим событием\*? ☐ Да ☐ Нет ☐ Не уверен

Если «Да», объясните:

Если да, известно ли вам, сообщает ли работодатель в DON и DOL об использовании обязательных сверхурочных во время чрезвычайных ситуаций? Да Нет Не уверен

Требовались ли сверхурочные, потому что ваш работодатель определил, что пациенту требуется неотложная помощь? Да Нет Не уверен

Если «Да», объясните:

В зависимости от причины обязательной сверхурочной работы, ваш работодатель, возможно, был вынужден приложить разумные усилия для укомплектования штата. Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы в меру своих знаний:

a. Просил ли ваш работодатель кого-нибудь быть добровольцем для сверхурочной работы?  
Да Нет Не уверен

b. Связывался ли ваш работодатель с сотрудниками, которые сообщили, что могут работать дополнительное время? Да Нет Не уверен

c. Связался ли ваш работодатель с суточным персоналом? Да Нет Не уверен

d. Связался ли ваш работодатель с временным агентством? Да Нет Не уверен

Есть ли у вашего работодателя план страхования медсестер? Да Нет

Вывешивает ли ваш работодатель необходимый плакат? <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster>  
Да Нет

Являетесь ли вы представителем профсоюза и подаете эту жалобу от имени своих членов?\*

Да Нет

Воспользуйтесь свободным местом ниже, чтобы предоставить любую дополнительную информацию в отношении данной жалобы.