

WE ARE YOUR DOL



护士强制性加班投诉表

*为必填项

您是否是注册护士或执业护士，或者是注册护士或执业护士的代表？* 是 否

（如回答为“否”，请勿填写本表格。）

您是否正在或曾在本表涵盖的医疗机构工作，且被强制要求加班？*（本表涵盖的医疗机构包括医院、疗养院、住宿保健设施、儿童和家庭服务办公室经营或许可的机构等） 是 否

（如回答为“否”，请勿填写本表格。）

投诉人信息

名字*: 姓氏*:

通讯地址

街道:

城市/城镇: 县: 州: 邮政编码:

电话号码*: () - 电子邮箱:

职位名称/工作职责描述*:

您是否属于按时计薪的员工？ 是 否

您是否是工会会员？ 是 否

如回答为“是”，请注明地方工会名称和编号:

企业信息

企业名称*:

企业地址（包括县）

街道*:

城市/城镇*: 县*: 州*: 邮政编码:

工作地点是否与企业地址相同？ * 是 否

街道*:

城市/城镇*: 县*: 州*: 邮政编码:

主管姓名: 主管电话号码: () -

雇主业务性质*: 医院 疗养院 OCFS机构 其他 - 请说明:

投诉详情

对于每一次强制性加班情况，请提供日期和您原定的工作时数，以及您被要求加班的时数。*

日期			原定工作时数			强制性加班时数		
年/月/日	开始时间	结束时间	总时数	开始时间	结束时间	总时数	开始时间	结束时间
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								

您的雇主是否为强制性加班作出解释？ 是 否

如回答为“是”，加班理由是什么？

如回答为“是”，具体情况是怎样的？

加班是否发生在任何国家、州或市政府宣布的紧急情况、灾难或任何灾害事件期间*？ 是 否 不确定

如回答为“是”，请说明:

如回答为“是”，您是否知道雇主是否有向卫生部和劳工部报告其在紧急情况下进行强制性加班的情况？

是 否 不确定

加班是否由您的雇主认定患者急需护理状况引起？ 是 否 不确定

如回答为“是”，请说明：

根据引起强制性加班的原因，您的雇主可能已收到要求，应尽一切可能加雇人手。请尽您所知回答下列问题：

- a. 您的雇主是否要求自愿加班？ 是 否 不确定
- b. 您的雇主是否联系过有意加班的员工？ 是 否 不确定
- c. 您的雇主是否联系过按日计薪的员工？ 是 否 不确定
- d. 您的雇主是否联系过劳务派遣机构？ 是 否 不确定

您的雇主是否提供护士保险计划？ 是 否

您的雇主是否按要求张贴了以下文件？ <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster> 是 否

您是否是代表工会成员提出投诉的工会代表？* 是 否

请在下方空白处提供任何关于此投诉的更多信息。