

WE ARE YOUR DOL



Formulaire de plainte concernant les heures supplémentaires obligatoires des infirmières

L'astérisque (*) indique les champs obligatoires

Faites-vous partie des infirmiers diplômés, des infirmiers auxiliaires ou représentez-vous un(e) puériculteur/-trice ou un infirmier/-ère auxiliaire ?* Oui Non

(Si vous répondez par « Non », veuillez ne pas remplir ce formulaire.)

Travaillez-vous ou avez-vous travaillé pour un établissement de soins de santé assuré et vous avez été appelé à effectuer des heures supplémentaires ?*
(Exemples d'établissements couverts : hôpitaux, maisons de repos, établissements de soins résidentiels, établissements gérés ou agréés par le Bureau des services à l'enfance et à la famille, etc.) Oui Non

(Si vous répondez par « Non », veuillez ne pas remplir ce formulaire.)

Coordonnées du demandeur

Prénom* _____ Nom* _____

Votre adresse postale

Rue _____

Cité/Ville _____ Comté _____ État _____ Code postal _____

Votre numéro de téléphone* _____ Votre adresse électronique _____

Intitulé de poste/Description de vos responsabilités*

Êtes-vous un employé rémunéré à l'heure ? Oui Non

Êtes-vous membre d'un syndicat ? Oui Non

Si vous répondez par « Oui », veuillez indiquer la dénomination locale et le numéro

Informations sur l'entreprise

Nom de l'entreprise* _____

Adresse de l'entreprise (incluant le comté)

Rue* _____

Cité/Ville* _____ Comté* _____ État* _____ Code postal _____

Le lieu du travail est-il identique à l'adresse de l'entreprise ?* Oui Non

Rue* _____

Cité/Ville* _____ Comté* _____ État* _____ Code postal _____

Nom du superviseur _____ Numéro de téléphone du superviseur _____

Dénomination de l'établissement de l'employeur* :

Hôpital Maison de retraite Établissement OCFS Autre (précisez) :

Informations détaillées sur la plainte

Pour chacune des situations où vous avez effectué des heures supplémentaires obligatoires, indiquez la date, les heures que vous deviez initialement travailler et les heures supplémentaires que vous avez dû effectuer.*

Date(s) JJ/MM/AAAA	Heures initiales			Heures supplémentaires obligatoires		
	Heure de début	Heure de fin	Total des heures	Heure de début	Heure de fin	Total des heures
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Votre employeur vous a-t-il donné des raisons pour ces heures supplémentaires obligatoires ? Oui Non

Si la réponse est « oui », quelle est la raison évoquée ?

Si la réponse est « Oui », quelles étaient les circonstances ?

Les heures supplémentaires ont-elles été exigées dans le cadre d'une urgence ou d'une catastrophe nationale, étatique ou municipale déclarée ou d'un autre événement catastrophique ?* Oui Non Incertain

Si oui, veuillez expliquer :

Si la réponse est oui, pouvez-vous dire si l'employeur rapporte le recours à ces heures supplémentaires obligatoires dans des conditions d'urgences au ministère de la Santé (DOH) et au Département du Travail (DOL) ? Oui Non Incertain

Avez-vous effectué des heures supplémentaires parce que votre employeur a estimé qu'il fallait administrer des soins aux patients de toute urgence ? Oui Non Incertain

Si la réponse est « oui », veuillez expliquer :

Selon le motif pour lequel des heures supplémentaires étaient requises, votre employeur peut avoir été tenu d'épuiser des efforts raisonnables pour obtenir du personnel. Veuillez répondre aux questions suivantes au mieux de vos connaissances :

- a. Votre employeur a-t-il demandé à des volontaires de faire des heures supplémentaires ?
 Oui Non Incertain
- b. Votre employeur a-t-il contacté les employés qui se sont rendus disponibles pour effectuer des heures supplémentaires ?
 Oui Non Incertain
- c. Votre employeur a-t-il contacté le personnel journalier ? Oui Non Incertain
- d. Votre employeur a-t-il contacté une agence d'intérim ? Oui Non Incertain

Votre employeur dispose-t-il d'un régime d'assurance pour le personnel infirmier ? Oui Non

Votre employeur appose-t-il les affiches requises ? <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster> Oui Non

Êtes-vous représentant d'un syndicat remplissant ce formulaire de réclamation en lieu et place de vos membres ?*
 Oui Non

Veuillez utiliser l'espace ci-dessous pour fournir toute information supplémentaire pertinente concernant cette réclamation.
