

WE ARE YOUR DOL



Formulari i ankesës së detyrueshme jashtë orarit për infermieret

* Tregon fushat për plotësim

A jeni një RN ose LPN, apo përfaqësoni një RB ose LPN?* Po Jo

(Nëse 'Jo', ju lutemi mos e plotësoni këtë formular.)

A punoni, apo keni punuar, në një institucion të mbuluar të kujdesit shëndetësor dhe jeni të detyruar të punoni jashtë orarit?* (Shembuj të objekteve të mbuluara përfshijnë spitalet, shtëpitë e pleqve, objektet e kujdesit shëndetësor rezidencial, objektet e operuara ose të licencuara nga Zyra e Shërbimeve për Fëmijët dhe Familjen, etj.) Po Jo

(Nëse 'Jo', ju lutemi mos e plotësoni këtë formular.)

Informacioni i paditësit

Emri* _____ Mbiemri* _____

Adresa juaj e postës

Rruga _____

Qyteti/Qyteti _____ Qarku _____ Shtetit _____ Kodi Postar _____

Numri juaj i telefonit* _____ Email-i juaj _____

Titulli i punës/Përshkrimi i detyrave tuaja të punës*

Jeni punonjës me orë? Po Jo

Anëtarësimi në Union? Po Jo

Nëse "Po", emri dhe numri lokal

Informacioni i Biznesit

Emri i biznesit* _____

Adresa e biznesit (duke përfshirë qarkun)

Rruga* _____

Qyteti/qyteza* _____ Qarku* _____ Shteti* _____ Kodi Postar _____

A është vendndodhja e punës e njëjtë me adresën e biznesit?* Po Jo

Rruga* _____

Qyteti/qyteza* _____ Qarku* _____ Shteti* _____ Kodi Postar _____

Emri i Mbikëqyrësit _____ Numri i telefonit të mbikëqyrësit _____

Natyra e biznesit të punëdhënësit*: Spitali Azile Objekt OCFS Tjetër – shpjego:

Detajet e ankesës

Për çdo incident për të cilin ju është dashur të punoni jashtë orarit të detyrueshëm, jepni datën, orët që ishit të planifikuara fillimisht për të punuar dhe orët jashtë orarit që ju kërkoheshin.*

Data(at)		Orari origjinal		Jashtë orarit të detyrueshëm		
MM/DD/YYYY	Koha e fillimit	Koha e fundit	Orë totale	Koha e fillimit	Koha e fundit	Orë total
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

A e shpjegoi punëdhënësi juaj arsyen e orarit të detyrueshëm jashtë orarit? Po Jo

Nëse "Po", çfarë arsyeje është dhënë?

Nëse "Po", cilat ishin rrethanat?

A kërkohet puna jashtë orarit gjatë ndonjë emergjence ose fatkeqësie të deklaruar kombëtare, shtetërore ose komunale ose ndonjë ngjarje tjetër katastrofike*? Po Jo Jo i sigurt

Nëse po, ju lutemi shpjegoni:

Nëse po, a e dini nëse punëdhënësi po i raporton DOH dhe DOL përdorimin e orarit të detyrueshëm jashtë orarit gjatë një emergjence? Po Jo Jo i sigurt

A kërkohet puna jashtë orarit sepse punëdhënësi juaj përcakttoi se kishte një kujdes për pacientin ndaj pacientit? Po Jo Jo i sigurt

Nëse "Po", ju lutemi shpjegoni:

Në varësi të arsyes për jashtë orarit të detyrueshëm, punëdhënësit tuaj mund t'i jetë kërkuar të shterojë përpjekjet e arsyeshme për të marrë staf. Ju lutemi përgjigjuni pyetjeve në vijim sipas njohurive tuaja më të mira:

a. A ka kërkuar punëdhënësi juaj që vullnetarë të punojnë jashtë orarit? Po Jo Jo i sigurt

b. A kontaktoi punëdhënësi juaj punonjës që u vunë në dispozicion për të punuar me kohë shtesë?
 Po Jo Jo i sigurt

c. A kontaktoi punëdhënësi juaj personelin e mëditjeve? Po Jo Jo i sigurt

d. A kontaktoi punëdhënësi juaj një agjenci të përkohshme? Po Jo Jo i sigurt

A ka punëdhënësi juaj një plan mbulimi të infermierëve? Po Jo

A shfaq punëdhënësi juaj posterin e kërkuar? <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster> Po Jo

A jeni përfaqësues i sindikatës që e parashtroni këtë ankesë në emër të anëtarëve tuaj?* Po Jo

Ju lutemi përdorni hapësirën më poshtë për të dhënë çdo informacion shtesë që mund të keni në lidhje me këtë ankesë.