

WE ARE YOUR DOL



Formulario de queja por tiempo extra obligatorio para enfermeros

* Indica los campos obligatorios

¿Es usted un RN o LPN, o representa a un RN o LPN?* Sí No

(Si contestó que no, no conteste este formulario).

¿Trabaja o ha trabajado en un centro de salud cubierto y se le ordenó que trabajara horas extra?*(Algunos ejemplos de centros de salud cubiertos son hospitales, casas de reposo, centros residenciales de atención médica, centros operados o autorizados por la Oficina de Servicios para Niños y Familias, etc.)
 Sí No

(Si contestó que no, no conteste este formulario).

Información del reclamante

Nombre* _____ Apellido* _____

Su dirección postal

Número y calle _____

Ciudad/Pueblo _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Su número de teléfono* _____ Su correo electrónico _____

Cargo/descripción de sus funciones laborales*

¿Es empleado por horas? Sí No

¿Es miembro de un sindicato? Sí No

Si contestó que sí, nombre y número de sección

Información de la empresa

Nombre de la empresa* _____

Dirección de la empresa (incluyendo el condado)

Número y calle* _____

Ciudad/Pueblo* _____ Condado* _____ Estado* _____ Código postal _____

¿Su lugar de trabajo es en la dirección de la empresa?* Sí No

Número y calle* _____

Ciudad/Pueblo* _____ Condado* _____ Estado* _____ Código postal _____

Nombre del supervisor _____ Número de teléfono del supervisor _____

Tipo de negocio del empleador*: Hospital Casa de reposo Centro de la OCFS Otro – explique:

Detalles de la queja

Por cada incidente en el que tuvo que trabajar tiempo extra obligatorio, proporcione la fecha, las horas que tenía programado trabajar originalmente y las horas de tiempo extra que le obligaron a trabajar.*

Fecha(s) MM/DD/AAAA	Horario original			Tiempo extra obligatorio		
	Hora de entrada	Hora de salida	Horas totales	Hora de entrada	Hora de salida	Horas totales
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿Su empleador le explicó el motivo del tiempo extra obligatorio? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuál motivo le dio?

Si contestó que sí, ¿cuáles fueron las circunstancias?

¿El tiempo extra fue ordenado durante una emergencia o desastre declarado a nivel nacional, estatal o municipal, o por otro suceso catastrófico*? Sí No No estoy seguro

Si contestó que sí, explique:

Si contestó que sí, ¿sabe si el empleador ha informado sobre su uso de tiempo extra obligatorio durante una emergencia al DOH y al DOL? Sí No No estoy seguro

¿El tiempo extra fue requerido porque su empleador determinó que había una emergencia de atención a pacientes? Sí No No estoy seguro

Si contestó que sí, explique:

Dependiendo del motivo del tiempo extra obligatorio, su empleador podría haber estado obligado a agotar los esfuerzos razonables para conseguir personal. Responda las siguientes preguntas en la medida de su conocimiento:

- a. ¿Su empleador pidió voluntarios que trabajaran tiempo extra? Sí No No estoy seguro
- b. ¿Su empleador se comunicó con empleados que se habían ofrecido a trabajar tiempo extra?
 Sí No No estoy seguro
- c. ¿Su empleador se comunicó con trabajadores por día? Sí No No estoy seguro
- d. ¿Su empleador se comunicó con una agencia de empleados temporales? Sí No No estoy seguro

¿Su empleador lo tiene en un plan de cobertura de enfermeros? Sí No

¿Su empleador tiene exhibido el cartel obligatorio? <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster> Sí No

¿Es usted un representante sindical que presenta esta queja en nombre de sus miembros?* Sí No

Use el siguiente espacio para proporcionar la información adicional que tenga sobre esta queja.