

WE ARE YOUR DOL



Formularz skargi dotyczący obowiązkowych nadgodzin personelu pielęgniarskiego

* Wskazuje na wymagane pola

Czy jesteś RN lub LPN lub reprezentujesz RB lub LPN?* Tak Nie

(Jeśli odpowiedź brzmi „Nie”, nie wypełniać niniejszego formularza.)

Czy pracujesz lub pracowałeś w placówce opieki zdrowotnej objętej ubezpieczeniem i byłeś zobowiązany do pracy w godzinach nadliczbowych?*

(Przykłady placówek objętych ubezpieczeniem obejmują szpitale, domy opieki, stacjonarne placówki opieki zdrowotnej, placówki obsługiwane lub licencjonowane przez Office of Child and Family Services itp.)

Tak Nie

(Jeśli odpowiedź brzmi „Nie”, nie wypełniać niniejszego formularza.)

Informacje o osobie składającej skargę

Imię* _____ Nazwisko* _____

Twój adres korespondencyjny

Nr ulicy _____

Miasto/miejscowość _____ Hrabstwo _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Twój numer telefonu* _____ Twój adres e-mail _____

Stanowisko/Opis obowiązków służbowych*

Czy jesteś pracownikiem zatrudnionym na godziny? Tak Nie

Członek związku zawodowego? Tak Nie

Jeśli odpowiedź brzmi „tak” Nazwa lokalna i numer

Informacje o firmie

Nazwa firmy* _____

Adres firmy (w tym hrabstwo)

Ulica* _____

Miasto/miejscowość* _____ Hrabstwo* _____ Stan* _____ Kod pocztowy _____

Czy miejsce wykonywania pracy jest takie same jak adres firmy?* Tak Nie

Ulica* _____

Miasto/miejscowość* _____ Hrabstwo* _____ Stan* _____ Kod pocztowy _____

Imię i nazwisko przełożonego _____ Numer telefonu przełożonego _____

Charakter firmy pracodawcy*: Szpital Dom opieki Placówka OCFS Inny – opisać:

Szczegóły skargi

W przypadku każdego incydentu, z powodu którego musiałeś pracować w godzinach nadliczbowych, podaj datę, godzinę, w których pierwotnie miałeś pracować, oraz godziny nadliczbowe, które były wymagane.*

Data/Daty	Pierwotny harmonogram			Obowiązkowe godziny nadliczbowe		
	Godzina rozpoczęcia	Godzina zakończenia	Łączna liczba godzin	Godzina rozpoczęcia	Godzina zakończenia	Łączna liczba godzin
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Czy Twój pracodawca wyjaśnił powód obowiązkowych nadgodzin? Tak Nie

Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, jakie podał powody?

Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, jakie to były okoliczności?

Czy nadgodziny były wymagane podczas jakiegokolwiek ogłoszonej krajowej, stanowej lub miejskiej sytuacji kryzysowej, katastrofy lub innego zdarzenia o charakterze katastroficznym*? Tak Nie Nie mam pewności

Jeśli tak, proszę wyjaśnij:

Jeśli tak, to czy wiesz, czy pracodawca zgłasza DOH i DOL wykorzystanie obowiązkowych nadgodzin w sytuacjach kryzysowych? Tak Nie Nie mam pewności

Czy nadgodziny były wymagane, ponieważ Twój pracodawca ustalił, że wystąpiła nagła potrzeba opieki nad pacjentem? Tak Nie Nie mam pewności

Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, proszę wyjaśnij:

W zależności od przyczyny obowiązkowej pracy w nadgodzinach Twój pracodawca mógł być zobowiązany do podjęcia uzasadnionych starań w celu uzyskania personelu. Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą:

- a. Czy Twój pracodawca poprosił o dobrowolne zgłaszanie się do pracy w godzinach nadliczbowych?
 Tak Nie Nie mam pewności
- b. Czy Twój pracodawca kontaktował się z pracownikami, którzy zgłosili się do pracy w dodatkowym wymiarze godzin?
 Tak Nie Nie mam pewności
- c. Czy pracodawca kontaktował się z pracownikami dochodzącymi? Tak Nie Nie mam pewności
- d. Czy pracodawca kontaktował się z agencją pracy tymczasowej? Tak Nie Nie mam pewności

Czy Twój pracodawca posiada Plan opieki pielęgniarskiej? Tak Nie

Czy pracodawca wywiesza wymagany plakat? <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster> Tak Nie

Czy jesteś przedstawicielem związku zawodowego składającym tę skargę w imieniu członków związku?*

Tak Nie

Prosimy o wykorzystanie poniższego miejsca w celu dostarczenia wszelkich dodatkowych informacji dotyczących niniejszej skargi.