

WE ARE YOUR DOL



护士强制性加班投诉表

*为必填项

您是否是RN或LPN，或者代表RB或LPN？ * 是 否

(如果回答为“否”，请勿填写此表。)

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

(如果回答为“否”，请勿填写此表。)

投诉信息

名字* _____ 姓氏* _____

您的通讯地址

街道 _____

城市/城镇 _____ 郡 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

您的电话号码* _____ 您的电子邮件地址 _____

职位/工作职责描述*

您是否属于按时计薪的员工？ 是 否

您是否是工会成员？ 是 否

如果“是”，请输入地方分会名称和编号

企业信息

企业名称* _____

企业地址 (含郡)

街道* _____

城市/城镇* _____ 郡* _____ 州* _____ 邮政编码 _____

您的工作地点是否与企业地址相同? * 是 否

街道* _____

城市/城镇* _____ 郡* _____ 州* _____ 邮政编码 _____

主管姓名 _____ 主管电话号码 _____

雇主营业务性质*: 医院 疗养院 OCFS机构 其他 - 请说明:

详细的投诉信息

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 月 (两位数) / 日 (两位数) / 年 (四位数)	原定工作时数			强制性加班时数		
	开始时间	结束时间	总时数	开始时间	结束时间	总时数
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

您的雇主是否为强制性加班作出解释? 是 否

如果“是”, 加班理由是什么?

如果“是”, 是什么紧急情况?

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

如果“是”, 请说明:

如果“是”, 您是否知道雇主是否向DOH和DOL报告了他们在紧急情况下强制护士加班? 是 否 不确定

加班是否由您雇主认定患者急需护理状况引起? 是 否 不确定

如果“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。请根据您的情况，尽可能回答下列问题：

- 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

您是代表工会成员提出投诉的工会代表吗？ * 是 否

请使用下方空白处提供任何有关此投诉的更多信息。