

WE ARE YOUR DOL



Modulo di reclamo per gli straordinari obbligatori per gli infermieri

* Indica i campi obbligatori

Sei un RN o un LPN, o rappresenti un RB o un LPN?* Sì No

(Se ha risposto "No", non completi questo modulo).

Lavora o ha lavorato in una struttura sanitaria coperta e le è stato imposto di fare gli straordinari?
(Esempi di strutture coperte sono gli ospedali, le case di cura, le strutture sanitarie residenziali,
le strutture gestite o autorizzate dall'Ufficio dei Servizi per l'Infanzia e la Famiglia, ecc). Sì No

(Se ha risposto "No", non completi questo modulo).

Informazioni sul richiedente

Nome* _____ Cognome* _____

Il tuo Indirizzo postale

Indirizzo _____

Città/località: _____ Contea: _____ Stato: _____ Codice postale: _____

Il tuo Numero di telefono* _____ La tua E-mail _____

Titolo del lavoro/Descrizione delle tue mansioni*

Sei un lavoratore a ore? Sì No

Iscrizione al sindacato? Sì No

Se sì, nome e numero del locale

Informazioni sul piano

Nome dell'azienda* _____

Indirizzo dell'azienda (compresa la contea)

Indirizzo* _____

Città/località* _____ Contea* _____ Stato* _____ Codice postale _____

La sede di lavoro coincide con l'indirizzo dell'azienda? * Sì No

Indirizzo* _____

Città/località* _____ Contea* _____ Stato* _____ Codice postale _____

Nome del supervisore _____ Numero di telefono del supervisore _____

Natura dell'attività del datore di lavoro*: Ospedale Casa di cura Struttura OCFS Altro - spiegare:

Dettagli del reclamo

Per ogni incidente per il quale hai dovuto fare straordinari obbligatori, indica la data, le ore di lavoro inizialmente previste e le ore di straordinario che ti sono state richieste.*

| Data(e) | Programma originale | | | Straordinari obbligatori | | | |
|---------|---------------------|---------------|-------------|--------------------------|---------------|-------------|----------------|
| | MM/GG/AAAA | Ora di inizio | Ora di fine | Orario totale | Ora di inizio | Ora di fine | Orario totale. |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Il tuo datore di lavoro ha spiegato il motivo degli straordinari obbligatori? Sì No

Se "sì", quale motivazione ti è stata data?

Se "sì", quali erano le circostanze?

Gli straordinari sono stati richiesti durante un'emergenza o un disastro nazionale, statale o municipale dichiarato o altri eventi catastrofici*? Sì No Non sono sicuro

Se "Sì", fornisci spiegazioni:

Se sì, sai se il datore di lavoro segnala al DOH e al DOL l'utilizzo di straordinari obbligatori durante un'emergenza? Sì No Non sono sicuro

Il lavoro straordinario è stato richiesto perché il tuo datore di lavoro ha stabilito che c'era un'assistenza al paziente emergenza? Sì No Non sono sicuro

Se "Sì", fornisci spiegazioni:

A seconda del motivo dello straordinario obbligatorio, al tuo datore di lavoro potrebbe essere stato richiesto di fare degli sforzi ragionevoli per ottenere personale. Rispondi alle seguenti domande al meglio delle tue conoscenze:

- a. Il tuo datore di lavoro ha chiesto volontari per fare gli straordinari? Sì No Non sono sicuro
- b. Il tuo datore di lavoro ha contattato i dipendenti che si sono resi disponibili a lavorare in orario extra? Sì No Non sono sicuro
- c. Il tuo datore di lavoro ha contattato il personale giornaliero? Sì No Non sono sicuro
- d. Il tuo datore di lavoro ha contattato un'agenzia interinale? Sì No Non sono sicuro

Il tuo datore di lavoro ha un piano di copertura per gli infermieri? Sì No

Il tuo datore di lavoro espone il manifesto obbligatorio? <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster> Sì No

Sei un rappresentante sindacale che presenta questo reclamo per conto dei tuoi iscritti?* Sì No

Utilizza lo spazio sottostante per fornire qualsiasi informazione aggiuntiva relativa a questo reclamo