

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

نموذج شكوى العمل الإضافي للإلزامي للمرضين/الممرضات

* تشير إلى الخانات المطلوبة

هل أنت ممرض مسجل/ ممرضة مسجلة، أو هل تنوب عن ممرض مسجل/ ممرضة مسجلة أو ممرض ممارس مرخص/ ممرضة ممارسة مرخصة؟*
 نعم لا

(إذا كانت الإجابة "لا"، يُرجى عدم إكمال هذا النموذج).

هل تعمل، أو عملت، في منشأة رعاية صحية مشمولة بالتأمين وكُلفت بالعمل لساعات إضافية؟* تشمل الأمثلة على المرافق المشمولة بالتأمين: المستشفيات، ودور رعاية المسنين، ومرافق الرعاية الصحية السكنية، والمرافق التي يديرها أو يرخصها مكتب خدمات الطفل والأسرة، وما إلى ذلك).
 نعم لا

(إذا كانت الإجابة "لا"، يُرجى عدم إكمال هذا النموذج).

بيانات مقدم المطالبة

الاسم الأول* _____ اسم العائلة* _____

عنوانك البريدي

الشارع

المدينة/ البلدة: _____ المقاطعة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم هاتفك* _____ وريدك الإلكتروني _____

المسمى الوظيفي/ وصف المهام الوظيفية المسندة إليك*

هل أنت موظف بالساعة؟ نعم لا

هل لديك عضوية نقابة/ اتحاد؟ نعم لا

إذا كان الإجابة "نعم"، اذكر الاسم والرقم المحلي

بيانات الشركة

اسم الشركة* _____

عنوان الشركة (بما في ذلك المقاطعة)

الشارع* _____

المدينة/ البلدة* _____ المقاطعة* _____ الولاية* _____ الرمز البريدي _____

هل مكان العمل هو عنوان العمل نفسه؟* نعم لا

الشارع*

المدينة/البلدة*

المقاطعة*

الولاية*

الرمز البريدي

اسم المشرف

رقم هاتف المشرف

طبيعة عمل جهة العمل*: مستشفى دار رعاية مسنين منشأة تابعة لمكتب خدمات الأطفال والأسر، غير ذلك، حدّد:

بيانات الشكوى

فيما يتعلق بكل حادثة كان عليك العمل فيها لوقت إضافي إلزامي، حدد التاريخ والساعات التي كان من المقرر أن تعمل فيها في الأصل وساعات العمل الإضافية التي طلب منك العمل فيها.*

| العمل الإضافي الإلزامي | | | جدول العمل الأصلي | | | لتاريخ (التواريخ) |
|------------------------|--------------|-----------|-------------------|--------------|-----------|-------------------|
| إجمالي الساعات | وقت الانتهاء | وقت البدء | إجمالي الساعات | وقت الانتهاء | وقت البدء | الشهر/اليوم/العام |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

هل شرحت جهة عملك سبب العمل الإضافي الإلزامي؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ما السبب الذي قدمته؟

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما تلك الظروف؟

هل كان العمل الإضافي مطلوباً أثناء أي طوارئ وطنية أو حكومية أو بلدية معلنة أو كارثة أخرى*؟ نعم لا غير متأكد
إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى التوضيح:

إذا كانت الإجابة "نعم"، هل تعرف ما إذا كانت جهة العمل تُبلغ وزارة الصحة ووزارة العمل عن استخدامها للعمل الإضافي الإلزامي أثناء حالة الطوارئ؟
 نعم لا غير متأكد

هل كان العمل الإضافي مطلوباً لأن جهة عملك قررت أن هناك حالة طارئة لرعاية المرضى؟ نعم لا غير متأكد
إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى التوضيح:

اعتمادًا على سبب العمل الإضافي الإلزامي، ربما تُطلب من جهة العمل استنفاد جهود معقولة للحصول على موظفين. يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية إلى حد علمك:

- أ. هل طلبت جهة عملك متطوعين للعمل لوقت إضافي؟ نعم لا غير متأكد
- ب. هل اتصلت جهة عملك بالموظفين الذين أتاحوا أنفسهم للعمل لوقت إضافي؟ نعم لا غير متأكد
- ج. هل تواصلت جهة عملك مع موظفين باليومية؟ نعم لا غير متأكد
- د. هل تواصلت جهة عملك مع وكالة مؤقتة؟ نعم لا غير متأكد
- هل تعتمد جهة عملك خطة تأمين ممرضين/ ممرضات؟ نعم لا
- هل تعرض جهة عملك الملصق المطلوب؟ <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster> نعم لا
- هل أنت ممثل نقابي تقدم هذه الشكوى نيابة عن أعضائك؟* نعم لا
- يُرجى استخدام المساحة أدناه لتقديم أي معلومات إضافية قد تكون لديك بشأن هذه الشكوى.