



Case No. (州専用の使用のみ):

看護師の強制残業に対する苦情申し立て用紙

指示:

- 読みやすいように、タイプするか印刷してください。
あなたの主張を裏付けるか、いずれの質問に対するより詳しい回答をする文書を添付してください。
上述の住所まで郵送、ファックス、または電子メールでお送りください。

同局がこの主張を受け入れたとしても、雇用主が医療施設の強制残業の規制に関する法律や規則に違反していることを暗示するものではありません。

- 1. 氏名: (姓) (名) (イニシャル) 3. 社会保障番号: XXX-XX-
2. 所在地住所: 市 州 郵便番号 4. 市外局番付きの電話番号: - -
5. 代替の電話番号: - -
6. あなたは、時給制の従業員ですか? はい いいえ 職業/職種名:
7. 雇用主の氏名:
8. 雇用主の所在地住所: 市 州 郵便番号 電話番号: - -
9. 監督者の氏名: 電話番号: - -
10. 雇用主の電子メールアドレス (上述と異なる場合):
11. 雇用主の事業内容: 病院 介護施設 その他 - 具体的に記述:

強制残業の情報

12. 強制的な残業をしなければならなかった事件ごとに、日付、当初予定されていた労働時間、および要求された残業時間を記述してください。

Table with 7 columns: 日付 (月/日/年), 当初の予定 (開始時間, 終了時間, 総時間), 強制残業時間 (開始時間, 終了時間, 総時間)

13. あなたは、この残業を志願して働いたのですか? はい いいえ
「はい」であれば、説明してください (必要に応じて、追加シートを添付)。

14. あなたは以前、オンコールのシフトに同意していましたか？  はい  いいえ  
「はい」であれば、具体的に記述してください。
15. あなたの雇用主は、強制残業の理由を説明しましたか？  はい  いいえ  
「はい」であれば、どのような理由でしたか？
16. 予見できない緊急事態のために、残業が要求されましたか？  はい  いいえ  何か分からない  
「はい」であれば、どのような状況でしたか？
17. あなたは、慢性的な結果による欠員で残業が要求されたと考えていますか？  はい  いいえ  何か分からない  
スタッフの人手不足ですか？「はい」であれば、記述して、根拠となる資料を添付してください。
18. 国家、州、または自治体の緊急事態宣言によって、残業が要求されたのですか？  はい  いいえ  何か分からない  
あるいは、災害かその他の大惨事でしたか？「はい」であれば、説明してください。
19. あなたの雇用主が患者ケアの緊急事態と判断したために、残業が要求されたのですか？  はい  いいえ  何か分からない  
緊急事態でしたか？「はい」であれば、説明してください。
20. 強制残業の理由によっては、あなたの雇用主は要員確保のための合理的な努力を尽くす要求があったのかもしれませんが。以下の質問について、ご存知の範囲でお答えください。
- a. あなたの雇用主は、志願者に残業を依頼しましたか？  はい  いいえ  何か分からない
  - b. あなたの雇用主は、時間外労働に応じた従業員に連絡しましたか？  
時間外でしたか？  はい  いいえ  何か分からない
  - c. あなたの雇用主は、日当制のスタッフに連絡しましたか？  はい  いいえ  何か分からない
  - d. あなたの雇用主は、派遣会社に連絡したのですか？  はい  いいえ  何か分からない
21. あなたは、労働組合に加入していますか？  はい  いいえ  
「はい」であれば、現地の名称、番号、住所をご記入ください。
22. この苦情に関する追加の情報があれば、以下の空欄に記入するか、別紙を使って記載してください。あなたの苦情を裏付ける資料があれば、添付してください。

私は、ニューヨーク州労働局労働基準部が、この訴状で提供された情報によって示された申し立てを調査し、調査の結果を私に通知することを要求します。

署名： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_