



## **RICHIESTA FORMALE DI REINTEGRO A SEGUITO DI CONGEDO PARENTALE RETRIBUITO**

Congedo parentale retribuito • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

Si ha diritto al reintegro nella posizione lavorativa originaria (o comparabile) dopo aver beneficiato del congedo parentale retribuito.

### **Istruzioni per il dipendente**

Usare questo modulo se, in seguito a richiesta o attribuzione del congedo parentale retribuito, il datore di lavoro:

- Si rifiuta di reintegrare il dipendente nella posizione lavorativa originaria o in una comparabile,
- Pone fine al rapporto di lavoro,
- Riduce la retribuzione e/o le indennità del dipendente,
- Si verificano ritorsioni di qualsiasi natura.

Se si ritiene che uno dei casi sopracitati si sia verificato, si **deve subito** richiedere il reintegro utilizzando questo modulo.

1. Compilare le sezioni A, B, e C di questo modulo.
2. Fare una copia di tutte le pagine, e consegnare la copia del documento al proprio datore di lavoro.
3. Compilare la sezione D di questo modulo una volta consegnata la copia. NON attendere che il datore di lavoro completi la sezione E.
4. Fare una copia di tutte le pagine, e conservare la documentazione.
5. Inviare una copia del modulo (con le sezioni A, B, C, e D compilate) alla **Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030**. Oppure via mail all'indirizzo: [PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov](mailto:PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov).

### **Cosa succede dopo?**

Il datore di lavoro ha 30 giorni di tempo dalla data di compilazione di questa richiesta per:

1. Compiere azioni correttive, che possono includere il reintegro nella posizione lavorativa originaria o in una comparabile; oppure
2. Compilare la sezione E di questo modulo, spiegando al dipendente i motivi per i quali non si ritengono necessarie azioni correttive.

Se si è reintegrati dal proprio datore di lavoro, non è necessario procedere oltre.

Nel caso in cui il dipendente NON sia reintegrato, non sia soddisfatto del responso dato dal datore di lavoro, o se il datore di lavoro non risponde alla richiesta entro 30 giorni:

- È possibile compilare il modulo per le *vertenze e discriminazioni in seguito a congedo parentale retribuito* (PFL-DC-120) disponibile al seguente indirizzo: [www.ny.gov/PaidFamilyLeave](http://www.ny.gov/PaidFamilyLeave).
- Il dipendente e il datore di lavoro dovranno presentarsi ad un'udienza di un giudice della Workers' Compensation, che analizzerà il caso e considererà se la legge è stata violata. Nel caso in cui ciò si sia verificato, il datore di lavoro sarà condannato al reintegro del dipendente, al pagamento degli arretrati, e/o al pagamento delle spese legali sostenute.

\* Il periodo di 30 giorni inizia dalla data in cui si certifica la consegna di questo modulo al datore di lavoro, come specificato nel campo "Certificazione di consegna" in pagina 2.

### **Istruzioni per il datore di lavoro**

Questa è una richiesta formale di reintegro presentata da un dipendente che ritiene di avere subito discriminazioni o ritorsioni a causa della richiesta (o di aver beneficiato) del congedo parentale retribuito.

Si prega di consultare pagina 3 per le istruzioni per il datore di lavoro.

**NON SCANSIONARE QUESTA PAGINA**



**RICHIESTA FORMALE DI REINTEGRO  
A SEGUITO DI CONGEDO PARENTALE RETRIBUITO**

Congedo parentale retribuito • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

**Sezione A - (questa sezione deve essere compilata dal dipendente)**

**Informazioni sul dipendente**

Nome (COGNOME, NOME, SECONDO NOME): \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città, stato, codice postale: \_\_\_\_\_

N. di telefono: \_\_\_\_\_ N. di previdenza sociale o TIN: \_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_

Sesso del dipendente: ☐ Maschio ☐ Femmina ☐ Non indicato/altro

**Informazioni sul datore di lavoro (COME INDICATE SULLA BUSTA PAGA)**

Nome del datore di lavoro: \_\_\_\_\_

Indirizzo del datore di lavoro: \_\_\_\_\_

Città, stato, e codice postale del datore di lavoro: \_\_\_\_\_

N. di telefono del datore di lavoro: \_\_\_\_\_ Numero identificativo federale se conosciuto (FEIN): \_\_\_\_\_

**Informazioni sul congedo parentale retribuito**

Barrare UNA delle seguenti:

☐ Il congedo parentale retribuito è stato formalmente richiesto e concesso

Data di inizio: \_\_\_\_\_ Data di fine: \_\_\_\_\_

☐ Il congedo parentale retribuito è stato formalmente richiesto e negato

☐ Altro (FORNIRE SPIEGAZIONI): \_\_\_\_\_

Fornire data di richiesta (PFL-1) o di fatta menzione di congedo parentale retribuito al datore di lavoro (se applicabile): \_\_\_\_\_

Tipo di congedo parentale retribuito: ☐ Prendersi cura del figlio ☐ Assistenza a un familiare ☐ Evento militare significativo

**Informazioni sul proprio avvocato (SI PREGA DI COMPILARE SE SI HA RICHiesto L'ASSISTENZA DI UN AVVOCATO)**

Nome dell'avvocato: \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'avvocato: \_\_\_\_\_

Città, stato, e codice postale dell'avvocato: \_\_\_\_\_

N. di telefono dell'avvocato: \_\_\_\_\_ Numero identificativo (SE PRESENTE): \_\_\_\_\_

**Sezione B - (questa sezione deve essere compilata dal dipendente)**

**Richiesta al reintegro del dipendente** - Indicare l'azione correttiva da parte del datore di lavoro che si ritiene adeguata barrando le caselle di seguito (BARRARE TUTTE LE CASELLE RILEVANTI).

Ho richiesto o beneficiato del congedo parentale retribuito e:

☐ Il mio rapporto di lavoro è stato terminato e rivotoglio il mio lavoro.

☐ Le mie ore lavorative sono state ridotte o cambiate. Richiedo che l'orario di lavoro attuale sia uguale a quello precedente la mia richiesta o l'ottenimento del congedo parentale retribuito.

☐ Le mie mansioni sono cambiate. Richiedo di essere assegnato alla mansione (o a mansione equiparata) a cui ero assegnato prima di richiedere o ottenere il congedo parentale retribuito.

☐ Le mie indennità sono state cancellate o ridotte. Richiedo che le mie indennità siano ripristinate al loro ammontare precedente la richiesta o l'ottenimento del congedo parentale retribuito. (Le indennità possono includere, per esempio, l'assicurazione sanitaria).

☐ Altro/Informazioni supplementari (ELABORARE):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Sezione C - (questa sezione deve essere compilata dal dipendente)**

**AFFERMO, PENA ACCUSA DI FALSA TESTIMONIANZA, CHE LE INFORMAZIONI FORNITE SONO COMPLETE, AUTENTICHE ED ESATTE:**

\_\_\_\_\_  
Firma del dipendente

\_\_\_\_\_  
Data:

**Nota per il dipendente:** Dopo aver consegnato una copia di questo modulo (completo nelle sezioni A-C) al proprio datore di lavoro, completare la sezione D, e inviare tutte le pagine alla **Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030**, o via email a [PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov](mailto:PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov), e custodire copia personale.

**Sezione D - (questa sezione deve essere compilata dal dipendente)**

**Certificazione di consegna**

Dichiaro, pena accusa di falsa testimonianza, che ho consegnato una copia di questa richiesta formale di reintegro a seguito di congedo parentale al datore di lavoro indicato in sezione A il giorno \_\_\_\_\_ (BARRARE UNA DELLE SEGUENTI CASELLE): \_\_\_\_\_  
Data

☐ Via posta, all'indirizzo del datore di lavoro indicato in questo modulo

☐ Consegnato personalmente a:

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città, stato, codice postale: \_\_\_\_\_

☐ Inviato come allegato via email a:

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_

☐ Inviato tramite fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dipendente

\_\_\_\_\_  
Data:



### Istruzioni per il datore di lavoro

In base ai commi 203-b e 120 della Workers' Compensation Law, se un dipendente fa richiesta di congedo parentale retribuito:

- Lo si deve reintegrare nella posizione lavorativa originaria o in una comparabile,
- NON lo si può licenziare,
- NON si possono ridurre retribuzione e/o indennità,
- NON lo si può sanzionare e/o punire per avere richiesto il congedo parentale retribuito.

Entro **30 giorni** dalla data di compilazione\* di questa richiesta, si richiede di:

1. Compiere azioni correttive, che possono includere il reintegro nella posizione lavorativa originaria o in una comparabile; oppure
2. Compilare la sezione E di questo modulo, spiegando al dipendente i motivi per i quali le azioni correttive non sono permesse. È possibile inoltrare un responso separato, ma solo se allegato a questo modulo. **Le pagine 1-3 di questo modulo e tutti i suoi allegati devono essere inoltrati al dipendente, all'avvocato del dipendente (se indicato in questo modulo), e alla Workers' Compensation Board: Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030.** Oppure via mail all'indirizzo: [PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov](mailto:PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov).

**Il mancato reintegro del dipendente può risultare in procedure sanzionatorie verso il datore di lavoro, non coperte da assicurazione.**

Se il dipendente è reintegrato, o non intende procedere con una vertenza o procedure di rivalsa dopo aver ricevuto risposta a questa richiesta, non saranno necessarie procedure ulteriori. In caso contrario, dopo 30 giorni, il dipendente ha il diritto di compilare un vertenza alla Workers' Compensation Board. Se suddetta autorità riconosce la violazione della sezione/i 203-b e/o 120 della Workers' Compensation Law, può ordinare al datore di lavoro di reintegrare il dipendente a mansione comparabile, di risarcire le retribuzioni mancate, al pagamento delle spese legali, e/o al pagamento di una sanzione fino a un importo massimo di 500 \$.

\* Il periodo di 30 giorni inizia dalla data in cui si certifica la consegna di questo modulo al datore di lavoro, come specificato nel campo "Certificazione di consegna" in pagina 2.

**Nota per il datore di lavoro: Inviare le pagine 1-3 di questo modulo (con la sezione E compilata) alla Workers' Compensation Board: Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030. Oppure via mail all'indirizzo: [PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov](mailto:PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov) in fase di risposta.**

### Sezione E - (questa sezione deve essere compilata dal datore di lavoro)

#### Risposta del datore di lavoro alla richiesta di reintegro del dipendente

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città, stato, codice postale: \_\_\_\_\_

N. di telefono: \_\_\_\_\_ Numero identificativo federale (FEIN): \_\_\_\_\_

Indicare la propria difesa barrando la/le motivazione/i applicabile/i. È possibile allegare documenti supplementari a questo modulo a supporto della propria posizione.

☐ L'orario lavorativo del dipendente precedente alla richiesta o concessione del congedo parentale retribuito è stato eliminato.

☐ Le ore di straordinario prestate prima della richiesta o concessione del congedo parentale retribuito non sono più disponibili.

☐ Il dipendente non ha mai richiesto o beneficiato del congedo parentale retribuito.

☐ Il dipendente/reclamante non ha mai lavorato per questa impresa.

☐ Altro/Informazioni supplementari (ELABORARE):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del datore di lavoro \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome in stampatello \_\_\_\_\_