



Paid Family  
Leave

# ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЗАПРОС О ВОССТАНОВЛЕНИИ НА РАБОТЕ ПОСЛЕ ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА ПО СЕМЕЙНЫМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ

Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

Вы имеете право на восстановление на работе на той же или аналогичной должности после возвращения из оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (ООС).

## Инструкции для работников

Используйте эту форму, если после вашего запроса или использования оплаченного отпуска по семейным обстоятельствам ваш работодатель:

- отказывается восстановить вас на работе на первоначальной или аналогичной должности;
- увольняет вас с работы;
- сокращает вашу заработную плату и/или бонусы и/или
- применяет в отношении вас дисциплинарные меры.

Если вы считаете, что имеет место любое из этих действий, вы **должны сначала** официально потребовать восстановления на работе, используя эту форму.

1. Заполните разделы А, В и С этой формы.
2. Сделайте копию всех страниц и вручите копию вашему работодателю.
3. После того как вы вручили копию, немедленно заполните раздел D этой формы. НЕ ЖДИТЕ, пока ваш работодатель заполнит раздел Е.
4. Сделайте копию всех страниц для сохранения у себя.
5. Отправьте копию формы (с заполненными разделами А, В, С и D) почтой по адресу: **Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** или по электронной почте на адрес [PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov](mailto:PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov).

## Что дальше?

Ваш работодатель обязан в течение 30 дней с даты вручения\* этого запроса:

1. Выполнить корректирующие действия, которые могут включать восстановление вас на работе в той же или аналогичной должности, или
2. Заполнить раздел Е данной формы, объяснив, почему он считает, что корректирующие действия не требуются.

Если работодатель восстановил вас на работе, никаких дальнейших действий не требуется.

Если вас НЕ восстановили на работе, вы не удовлетворены ответом работодателя или ваш работодатель не ответил на этот запрос в течение 30 дней:

- Вы можете подать жалобу на дискриминацию/репрессивные меры в связи с оплачиваемым отпуском по семейным обстоятельствам (форма PFL-DC-120), форма для которой доступна на сайте [www.ny.gov/PaidFamilyLeave](http://www.ny.gov/PaidFamilyLeave).
- Вы и ваш работодатель будете обязаны явиться на слушание, в ходе которого судья определит, имело ли место нарушение Закона о компенсациях работникам (Workers' Compensation Law). Если судья постановит, что закон был нарушен, вашему работодателю может быть выдано распоряжение восстановить вас на работе, выплатить неполученную вами заработную плату и/или оплатить услуги адвоката.

\* 30 дней считаются с даты подтвержденной доставки данной формы вашему работодателю, указанной в разделе «Подтверждение доставки» на стр. 2.

## Инструкции для работодателя

Уважаемые работодатели! Это официальный запрос о восстановлении на работе работника, который, как он считает, подвергся дискриминации или репрессивным мерам в связи с запросом или использованием им оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам.

Инструкции для вас приведены на стр. 3.

**НЕ СКАНИРУЙТЕ ЭТУ СТРАНИЦУ**



Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

**Раздел А (заполняется работником)****Сведения о работнике**

Имя (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ): \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

№ социального страхования / идентификационный № налогоплательщика: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Пол работника:  Мужской  Женский  Не указан/другое**Сведения о работодателе (КАК УКАЗАНО В ПЛАТЕЖНОЙ ВЕДОМОСТИ)**

Наименование работодателя: \_\_\_\_\_

Адрес работодателя: \_\_\_\_\_

Город, штат, почтовый индекс работодателя: \_\_\_\_\_

Номер телефона работодателя: \_\_\_\_\_ Федеральный идентификационный номер (FEIN), если известен: \_\_\_\_\_

**Сведения об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам**

Отметьте ОДИН из следующих пунктов:

- Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам официально запрошен и предоставлен  
Дата начала: \_\_\_\_\_ Дата окончания: \_\_\_\_\_
- Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам официально запрошен, и в предоставлении отпуска было отказано
- Другое (ОПИШИТЕ ПОДРОБНО): \_\_\_\_\_

Дата предоставления работодателю запроса (форма PFL-1) или сообщения об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам (если применимо): \_\_\_\_\_

Тип оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам:  Для проведения времени с ребенком  
 Для ухода за членом семьи  В связи с военной службой члена семьи**Сведения об адвокате (ЗАПОЛНИТЕ, ЕСЛИ ВЫ ПОЛЬЗУЕТЕСЬ УСЛУГАМИ АДВОКАТА В ЭТОМ ВОПРОСЕ)**

Имя адвоката: \_\_\_\_\_

Адрес адвоката: \_\_\_\_\_

Город, штат, почтовый индекс адвоката: \_\_\_\_\_

Номер телефона адвоката: \_\_\_\_\_ Идентификационный номер (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ): \_\_\_\_\_

**Раздел В (заполняется работником)****Запрос о восстановлении на работе.** Отметьте в списке ниже корректирующее действие, которое, по вашему мнению, должен выполнить ваш работодатель (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПРИМЕНИМЫЕ ВАРИАНТЫ).

Я запросил(а) или использовал(а) оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам и:

- Я был(а) уволен(а) с работы и хочу вернуться на мою работу.
- Мои часы работы сократились или изменились. Я хочу вернуться к тому же графику работы, который у меня был до запроса или использования оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам.
- Мои рабочие обязанности изменились. Я хочу вернуться к такой же или аналогичной работе, которая у меня была до запроса или получения оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам.
- Мои бонусы были отменены или сократились. Я хочу получать бонусы на том же уровне, который у меня был до запроса или получения оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам. (Бонусы могут включать, например, медицинскую страховку.)
- Другое/дополнительная информация (ОПИШИТЕ ПОДРОБНО):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Имя работника (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ): \_\_\_\_\_

Номер социального страхования / номер TIN: \_\_\_\_\_

### Раздел С (заполняется работником)

**ПОД СТРАХОМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЛОЖНЫХ СВЕДЕНИЙ Я ПОДТВЕРЖДАЮ,  
ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННАЯ В НАСТОЯЩЕМ ДОКУМЕНТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ, В МЕРУ МОИХ  
ЗНАНИЙ, ДОСТОВЕРНОЙ.**

Подпись работника

Дата

**Примечание для работника.** После доставки копии этой формы (с заполненными разделами А-С) вашему работодателю заполните раздел D и отправьте все страницы почтой по адресу **Workers' Compensation Board:  
Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** или по электронной почте на адрес [PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov](mailto:PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov) и сохраните копию для себя.

### Раздел D (заполняется работником)

#### Подтверждение доставки

Под страхом ответственности за предоставление ложных сведений настоящим я подтверждаю, что я доставил(а) копию этого официального запроса о восстановлении на работе в связи с оплачиваемым отпуском по семейным обстоятельствам работодателю, указанному в разделе А \_\_\_\_\_, следующим способом (ОТМЕТЬТЕ ОДИН ВАРИАНТ):

- Отправлено по почте на адрес работодателя, указанный в этой форме  
 Вручено лично следующему лицу:

Имя: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_

- Отправлено в виде вложения к электронному письму:

Имя: \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

- Отправлено факсом \_\_\_\_\_

Подпись работника

Дата



**Инструкции для работодателя**

В соответствии с разделами 203-b и 120 Закона о компенсациях работникам (Workers' Compensation Law) в случае, если любой работник запрашивает оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам:

- Вы обязаны восстановить его на работе в прежней или аналогичной должности.
- Вы НЕ МОЖЕТЕ уволить его.
- Вы НЕ МОЖЕТЕ уменьшить его заработную плату и/или бонусы.
- Вы НЕ МОЖЕТЕ применять к нему дисциплинарные взыскания за запрос или использование оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам.

В течение **30 дней** с даты получения\* данного запроса вы обязаны:

1. Выполнить корректирующие действия, которые могут включать восстановление работника на работе в такой же или аналогичной должности, или
2. Заполнить раздел E данной формы, объяснив работнику, почему применение корректирующего действия невозможно. Вы можете отправить отдельный ответ, но он должен быть приложен к данной форме. **Страницы 1–3 этой формы и все прилагаемые документы необходимо отправить работнику, адвокату работника (если он указан в этой форме) и по адресу Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030 или по электронной почте на адрес [PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov](mailto:PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov).**

**Невыполнение требования о восстановлении работника на работе может привести к наложению на вас санкций, не предусмотренных страхованием.**

Если работник восстановлен на работе или не хочет подавать жалобу о дискриминации/репрессивных мерах после получения вашего ответа на этот запрос, никаких дальнейших действий не требуется. В противном случае через 30 дней он имеет право подать жалобу в Комиссию по компенсациям работникам. Если Комиссия установит, что вы нарушили раздел(ы) 203-b и/или 120 Закона о компенсациях работникам, она может предписать вам восстановить работника на аналогичной работе, выплатить ему неполученную заработную плату начиная с даты окончания отпуска с учетом накопленных процентов, оплатить услуги адвоката и/или назначить вам штраф в размере до \$500.

\* 30 дней считаются с даты подтвержденнои доставки вам данной формы работником, указанной в разделе «Подтверждение доставки» на стр. 2.

**Примечание для работодателя. При отправке вашего ответа пошлите страницы 1–3 этой формы (с заполненным разделом E) почтой по адресу: Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030 или по электронной почте на адрес [PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov](mailto:PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov).**

**Раздел Е (заполняется работодателем)****Ответ работодателя на запрос работника о восстановлении на работе**

Имя: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Федеральный идентификационный номер (FEIN): \_\_\_\_\_

Укажите свои аргументы, отметив применимые причины ниже. Вы также можете приложить к этой форме дополнительные документы, подтверждающие ваши аргументы.

- Смена, в которую работал работник до запроса или использования оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам, была упразднена.
- Сверхурочные часы, в которые работал работник до запроса или использования оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам, больше не назначаются.
- Работник никогда не запрашивал и не брал оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам.
- Работник/истец не работал в этой компании.
- Другое/дополнительная информация (ОПИШИТЕ ПОДРОБНО):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Подпись работодателя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Имя (печатными буквами) \_\_\_\_\_

