



# Reclamo per licenziamento e discriminazione

Spedire il modulo compilato a: Discrimination Unit • Riverview Center - 150 Broadway • Menands, NY 12204

### TIPOLOGIA DELLA RICHIESTA DI INDENNITÀ

- Indennità per disabilità (Disabilità extra-lavorativa) N. previdenza sociale: \_\_\_\_\_
- Indennità per infortuni sul lavoro (Infortuni sul lavoro) N. pratica WCB (per infortuni sul lavoro): \_\_\_\_\_

**SCRIVERE A MACCHINA O IN STAMPATELLO RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE: IN CASO CONTRARIO L'ELABORAZIONE DELLA RICHIESTA POTREBBE SUBIRE UN RITARDO FORNIRE UNA RISPOSTA SPECIFICA ALLE DOMANDE 6 E 7 - ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE AGGIUNTIVA, SE NECESSARIO**

**INVIARE UN DUPLICATO ALL'INDIRIZZO RIPORTATO IN CALCE AL PRESENTE MODULO.**

1. Nome del dipendente: \_\_\_\_\_
2. Indirizzo del dipendente: \_\_\_\_\_
3. Nome del datore di lavoro: \_\_\_\_\_
4. Indirizzo del datore di lavoro: \_\_\_\_\_
5. Ha subito il licenziamento:  Sì  No Se "Sì", indicare la data: \_\_\_\_\_
6. Indicare i motivi specifici del reclamo, il motivo per cui si è subito il licenziamento e il nome del proprio supervisore/manager o della persona che ha eseguito il licenziamento:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Indicare il/i nome/i delle altre persone coinvolte. Allegare copia dell'eventuale avviso di licenziamento o altri documenti ricevuti:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Luogo di lavoro (Indicare l'indirizzo, se diverso dal precedente punto 4): \_\_\_\_\_
9. Occupazione: \_\_\_\_\_
10. Nome e indirizzo del proprio avvocato o rappresentante, se presente (v. dichiarazione "Su rappresentanza" riportata sul retro):  
\_\_\_\_\_
11. Data dell'infortunio o del primo giorno di disabilità: \_\_\_\_\_

**DICHIARO SOTTO GIURAMENTO CHE LE INFORMAZIONI FORNITE NEL PRESENTE DOCUMENTO SONO VERITIERE:**

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

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Numero di telefono

## WORKERS' COMPENSATION LAW

**Sez. 120. Discriminazione nei confronti dei dipendenti che avviano un procedimento.** La legge vieta a qualsiasi datore di lavoro o suo agente debitamente autorizzato di licenziare o discriminare in ogni altro modo rispetto al proprio impiego i dipendenti che hanno chiesto o provato a chiedere a tale datore di lavoro un'indennità oppure che hanno testimoniato o stanno per testimoniare in un procedimento ai sensi del presente capitolo; non sussiste altra valida motivazione per una simile condotta del datore di lavoro.

Ogni denuncia relativa a tale illecita pratica discriminatoria andrà presentata entro due anni dalla relativa insorgenza. Qualora venisse accertato che un datore di lavoro ha costituito violazione della presente sezione, il board intimerà il rientro lavorativo o il ripristino della posizione o dei privilegi del dipendente discriminato a cui questo avrebbe avuto diritto in assenza di tale discriminazione, e il datore di lavoro sarà tenuto a versare un indennizzo per ogni perdita ad essi relativa scaturita da tale discriminazione oltre agli onorari o alle indennità dovute per i servizi resi da un avvocato o da un rappresentante autorizzato così come stabilito dal board. I datori di lavoro che costituiscono violazione della presente sezione saranno passibili di sanzioni comprese tra cento e cinquecento dollari, così come stabilito dal board. Tutte queste sanzioni andranno versate all'erario dello Stato. Ogni sanzione, compenso e onorario/indennità è a esclusivo carico del datore di lavoro. Il datore di lavoro, e non l'assicuratore, sarà unicamente responsabile di tali sanzioni e pagamenti. Le eventuali disposizioni della polizza assicurativa volte a manlevare il datore di lavoro dalla propria responsabilità rispetto a tali sanzioni e pagamenti non saranno valide.

Il datore di lavoro per cui si è accertata la violazione della presente sezione e il dipendente leso sono tenuti a riferire al board circa le misure di conformità previste del datore di lavoro entro trenta giorni dalla ricezione della delibera finale. In caso di mancato adempimento o di mancata comunicazione di adempimento di un'ingiunzione o di una sanzione del board entro trenta giorni dalla notifica degli stessi, fatta salva la tempestiva presentazione al board di istanza di modifica, annullamento o riesame dell'ingiunzione o sanzione in questione resa ai sensi dell'articolo ventitré del presente capitolo, il presidente (in ogni caso), il delegato del presidente o ciascuna delle parti può intimare in modo analogo l'ingiunzione o la sanzione a titolo di risarcimento.

**Sez. 241. Applicazione di altre disposizioni del capitolo** Tutti i poteri e i doveri conferiti o imposti dal presente capitolo al presidente e al board in quanto necessari per l'amministrazione del presente articolo e non ad esso incompatibili sono, in tal senso, resi applicabili allo stesso; nessuna delle altre disposizioni del presente capitolo relative alle prestazioni previste da altri articoli dello stesso potrà interpretarsi come applicabile al presente articolo. Le disposizioni dell'articolo centoventi del presente capitolo si applicano integralmente come previsto dal presente articolo, salvo le sanzioni versate all'erario dello Stato ai sensi del presente articolo che si applicheranno alle spese di amministrazione del presente articolo.

### SU RAPPRESENTANZA

Anche se non si è tenuti a chiedere una rappresentanza in relazione al reclamo per discriminazione, se lo desidera ha diritto di essere rappresentato/a da un avvocato o da un rappresentante autorizzato. Se viene rappresentato/a da un avvocato o da un rappresentante autorizzato per il caso di indennizzo per infortunio sul lavoro o disabilità, e questo è il suo desiderio, contatti la persona in questione per determinarne la fattibilità. In caso contrario, Lei ha diritto di scegliere un altro rappresentante di sua preferenza.

### **Notifica resa ai sensi della Personal Privacy Protection Law di New York (Articolo 6-A della Public Officers Law) e del Federal Privacy Act del 1974 (5 U.S.C. § 552a).**

L'autorità del Workers' Compensation Board (Board) di richiedere informazioni personali ai richiedenti, compreso il numero di previdenza sociale, deriva dalla capacità investigativa del Board sancita dalla Workers' Compensation Law (WCL) § 20 e da quella amministrativa sancita dalla WCL § 142. Queste informazioni vengono raccolte per assistere il Board nell'indagine e nella gestione delle richieste nel modo più opportuno possibile e agevolare la conservazione documentale in modo accurato. Il numero di previdenza sociale può essere fornito al Board su base volontaria. Non è prevista alcuna sanzione per il mancato conferimento del numero di previdenza sociale su questo modulo; ciò non comporterà il respingimento della richiesta né una riduzione delle prestazioni. Il Board proteggerà la riservatezza di tutte le informazioni personali in suo possesso, divulgandole solo nell'adempimento dei propri doveri ufficiali e in conformità con le leggi statali e federali vigenti in materia.

**PER ASSISTENZA ALLA COMPILAZIONE DEL PRESENTE MODULO O IN CASO DI ULTERIORI  
DOMANDE CONTATTARE QUALSIASI UFFICIO DEL WORKERS' COMPENSATION BOARD.**