



Жалоба на увольнение или дискриминацию

Отправьте заполненную форму почтой по адресу: Discrimination Unit • Riverview Center - 150 Broadway • Menands, NY 12204

ТИП ЗАЯВКИ НА ПОСОБИЕ

Пособие по нетрудоспособности (непроизводственная нетрудоспособность)

Номер социального страхования: _____

Компенсация работникам (производственная травма)

Номер дела WCB (для производственной травмы): _____

НАПЕЧАТАЙТЕ ИЛИ ВПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ. ОТВЕЬТЕ НА ВСЕ ВОПРОСЫ — НЕВЫПОЛНЕНИЕ ЭТОГО ТРЕБОВАНИЯ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ЗАДЕРЖКЕ ОБРАБОТКИ ВАШЕЙ ЗАЯВКИ ОТВЕЬТЕ НА ВОПРОСЫ 6 И 7 ПОДРОБНО — ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПРИЛОЖИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЛИСТЫ

ОТПРАВЬТЕ ДУБЛИКАТ НА АДРЕС, УКАЗАННЫЙ В ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ФОРМЫ.

- Имя работника: _____
- Адрес работника: _____
- Наименование работодателя: _____
- Адрес работодателя: _____
- Вы были уволены: Да Нет Если выбран ответ «Да», укажите дату: _____
- Подробно укажите основание вашей жалобы, причину, по которой вы были уволены, и имя вашего супервизора, руководителя или лица, уволившего вас:

- Укажите имя (имена) других участвовавших лиц. Приложите копию вашего уведомления об увольнении (если имеется) или других полученных документов: _____

- Где вы работали (укажите адрес, если отличается от пункта 4 выше): _____

- Профессия: _____
- Имя и адрес вашего адвоката или представителя, если имеется (см. заявление «О юридическом представительстве» на обороте): _____

- Дата несчастного случая или первого дня нетрудоспособности: _____

ПОД СТРАХОМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАВЕДОМО ЛОЖНЫХ СВЕДЕНИЙ Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО УКАЗАННАЯ В ДАННОМ ДОКУМЕНТЕ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНОЙ:

Подпись работника

Дата

Номер телефона:

ЗАКОН О КОМПЕНСАЦИЯХ РАБОТНИКАМ

Раздел 120. Дискриминация в отношении работников, инициировавших юридические действия. Закон запрещает любому работодателю или его уполномоченному агенту увольнять или иным образом проявлять дискриминацию в трудовых отношениях с работником из-за того, что этот работник либо потребовал или попытался потребовать компенсацию от работодателя, либо дал или собирается дать показания на заседании, предусмотренном в этой главе, и не указано о существовании какой-либо другой действительной причины для такого действия работодателя.

Любая жалоба относительно такой незаконной дискриминационной практики должна быть подана в течение двух лет со времени применения такой практики. После обнаружения того, что работодатель нарушил положения данного раздела, совет выдает распоряжение о том, что работник, в отношении которого допущена такая дискриминация, должен быть восстановлен на работе или иным образом получить должность или привилегии, которые он имел бы в случае отсутствия дискриминации, и должен получить от своего работодателя возмещение за потерю вознаграждения, возникшую в результате такой дискриминации, вместе со сборами или надбавками за услуги, оказанные адвокатом или лицензированным представителем, как это определено советом. Работодатель, нарушивший требования данного раздела, несет ответственность в виде штрафа в размере не менее ста долларов или более пятисот долларов в зависимости от наказания, определенного советом. Все такие штрафы выплачиваются в казначейство штата. Все штрафы, компенсации и сборы или надбавки выплачиваются исключительно работодателем. Ответственность за выплату таких штрафов и платежей несет исключительно работодатель, а не его страховщик. Любое включенное в страховой полис положение, освобождающее работодателя от ответственности за выплату таких штрафов и платежей, не имеет юридической силы.

Работодатель, нарушивший положения данного раздела, и работник, в отношении которого было допущено нарушение, должны сообщить совету о предпринятых работодателем мерах по обеспечению соответствия требованиям в течение тридцати дней с момента получения окончательного решения. В случае если либо не будет сообщено об обеспечении соответствия требованиям, либо не будет выполнено распоряжение совета или не будет выплачен штраф в течение тридцати дней с даты распоряжения или уведомления о назначении штрафа, за исключением случаев, когда в совет было своевременно подано заявление об изменении, отмене или пересмотре такого распоряжения или штрафа в соответствии с разделом двадцать три настоящей главы, совет в любом случае или, с согласия совета, любая сторона может исполнить распоряжение или взыскать штраф аналогичным образом в качестве взыскания компенсации.

Раздел 241. Применение других положений, указанных в настоящей главе. Все полномочия и обязанности, которые установлены или возложены на председателя и совет согласно данной главе и которые необходимы для администрирования данной статьи и не противоречат друг другу, настоящим в этом объеме распространяются на данную статью, и никакие другие положения настоящей главы, относящиеся к льготам, предоставляемым согласно другим статьям данной главы, не должны толковаться как применимые к настоящей статье. Положения раздела сто двадцать настоящей главы применяются в полном объеме, как указано в настоящей статье, за исключением того, что штрафы, выплачиваемые казначейству штата в соответствии с настоящей статьей, учитываются в качестве расходов на администрирование данной статьи.

О ЮРИДИЧЕСКОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВЕ

Хотя вы не обязаны нанимать кого-либо для представления ваших интересов в связи с жалобой на дискриминацию, вы при желании можете воспользоваться своим правом на представление ваших интересов адвокатом или лицензированным представителем. Если вас в деле о компенсации работникам или пособии по нетрудоспособности представляет адвокат или лицензированный представитель и вы хотите, чтобы он представлял вас, свяжитесь с ним и узнайте, будет ли он представлять вас. Если нет, вы имеете право нанять другого представителя по своему выбору.

Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк «О защите и неприкосновенности частной жизни»

(Закон о государственных служащих, статья 6-A) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни от 1974 года (5 USC § 552a). Полномочия Совета по компенсациям работникам (далее «Совета») запрашивать у заявителей персональную информацию (включая номер социального страхования) основаны на полномочиях Совета проводить расследования согласно Закону о компенсациях работникам (WCL) § 20 и его административных полномочиях согласно WCL § 142. Данная информация собирается, чтобы помочь Совету эффективно расследовать и администрировать заявки и хранить точные записи о заявках. Предоставлять ваш номер социального страхования Совету не обязательно. Если вы не укажете в этой форме свой номер социального страхования, то штраф за это не назначается и это не приведет к отклонению вашей заявки или снижению размера пособий. Совет защищает конфиденциальность всей персональной информации, которая находится в его распоряжении, и раскрывает ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии со штатным и федеральным законодательством.

ЕСЛИ ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЭТОЙ ФОРМЫ ИЛИ У ВАС ЕСТЬ ДРУГИЕ ВОПРОСЫ, ОБРАТИТЕСЬ В ЛЮБОЙ ОФИС СОВЕТА ПО КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ.