

يحق لك العودة إلى الوظيفة نفسها أو وظيفة مماثلة عند عودتك إلى العمل بعد أخذ إجازة عائلية مدفوعة الأجر.

تعليمات للموظف

استخدم هذا النموذج في حال واجهت أي من الحالات التالية مع صاحب العمل بعد أن طلبت أو قضيت إجازة عائلية مدفوعة الأجر:

- إذا رفض إعادتك إلى وظيفتك الأصلية أو وظيفة مماثلة،
- إذا أنهى علاقة عملك،
- إذا خفض راتبك و/أو ميزانك الوظيفية، و/أو
- إذا فرض عليك عقوبات بأي صورة كانت.

إذا كنت تعتقد أنه قد حدث لك أي من هذه الأمور، **فيجب عليك أولاً** طلب إعادتك إلى وظيفتك رسميًا باستخدام هذا النموذج.

1. املأ الأقسام (أ) و(ب) و(ج) من هذا النموذج.
2. احتفظ بنسخة من جميع الصفحات وسلم صاحب العمل الخاص بك نسخة منها.
3. بمجرد تسليم النسخة، املأ القسم (د) من هذا النموذج على الفور. "لا تنتظر" حتى يكمل صاحب العمل القسم (هـ).
4. احتفظ بنسخة من جميع الصفحات لاستخدامها عند الحاجة.
5. أرسل نسخة من النموذج (بعد إكمال الأقسام أ، ب، ج، د) إلى **Workers' Compensation Board (مجلس تعويض العمال): الإجازة العائلية مدفوعة الأجر، على PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** أو أرسل رسالة إلكترونية إلى PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov.

ماذا سيحدث بعد ذلك؟

يُمنح صاحب العمل مهلة مدتها 30 يومًا من تاريخ* تقديم هذا الطلب للقيام بما يلي:

1. اتخاذ إجراء تصحيحي، وقد يشمل ذلك إعادتك إلى منصبك نفسه أو إلى منصب مماثل؛ أو
2. إكمال القسم (هـ) من هذا النموذج موضحًا لك ما السبب الذي يجعل اتخاذ إجراء تصحيحي أمرًا غير مطلوب.

إذا أعادك صاحب العمل إلى وظيفتك، فلا داعي لاتخاذ أي إجراء آخر.

إذا لم تتم إعادتك إلى وظيفتك، أو لم يلق رد صاحب العمل قبولًا لديك، أو لم يرد صاحب العمل على هذا الطلب في غضون 30 يومًا:

- يمكنك بعد ذلك تقديم شكوى التمييز/الانتقام بخصوص الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (PFL-DC-120) المتاحة على www.ny.gov/PaidFamilyLeave.
- سيُطلب منك أنت وصاحب العمل الممثل في جلسة استماع أمام قاضٍ مختص بقانون تعويض العمال الذي سيُبت فيها إذا كان قد حدث انتهاك للقانون. في حال ثبوت انتهاك القانون، قد يُؤمر صاحب العمل بإعادتك إلى وظيفتك وسداد أجورك، و/أو سداد أتعاب المحاماة.

* تبدأ الـ 30 يومًا في اليوم الذي تصدق أنت فيه على تسليم هذا النموذج إلى صاحب العمل المشار إليه في "شهادة التسليم" في الصفحة 2.

تعليمات لصاحب العمل

إلى أصحاب العمل: هذا طلب رسمي لإعادة موظف إلى وظيفته الذي يرى أنه تعرض للتمييز أو الانتقام بسبب طلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر أو أخذها.

الرجاء مراجعة الصفحة 3 للاطلاع على التعليمات المخصصة لك.

لا تمسح هذه الصفحة ضوئيًا

القسم (أ) - يكمله الموظف

بيانات الموظف

الاسم (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط): _____ تاريخ الميلاد: _____
 عنوان الشارع: _____
 المدينة والولاية والرمز البريدي: _____
 رقم الهاتف: _____ رقم الضمان الاجتماعي/رقم التعريف الضريبي: _____
 عنوان البريد الإلكتروني: _____
 النوع الجنسي للموظف: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ غير ذلك

معلومات صاحب العمل (كما تظهر في شيك الراتب الخاص بك)

اسم صاحب العمل: _____
 عنوان شارع صاحب العمل: _____
 المدينة والولاية والرمز البريدي لصاحب العمل: _____
 رقم هاتف صاحب العمل: _____ رقم التعريف الفيدرالي لصاحب العمل إذا كان معروفًا (FEIN): _____

تفاصيل الإجازة العائلية المدفوعة الأجر

ضع علامة في أحد المربعين التاليين:

☐ تم طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر رسميًا وقبل الطلب تاريخ البدء: _____ تاريخ الانتهاء: _____
☐ تم طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر رسميًا ورُفُض الطلب
☐ غير ذلك (يرجى التوضيح): _____

قم بتأريخ الطلب (PFL-1) أو وضع متى تم تقديم طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر إلى صاحب العمل (إن وجد):

نوع الإجازة العائلية المدفوعة الأجر: ☐ الارتباط برعاية طفل ☐ رعاية أحد أفراد الأسرة ☐ حدث عسكري مؤهل

معلومات المحامي (يرجى إكمال ما يلي إذا كنت قد استعنت بمحامٍ في هذه المسألة)

اسم المحامي: _____
 عنوان شارع المحامي: _____
 المدينة والولاية والرمز البريدي للمحامي: _____
 رقم هاتف المحامي: _____ الرقم المعرّف لدى مجلس تعويض العمال (إن وجد): R-

القسم (ب) - يكمله الموظف

طلب الموظف إعادته إلى وظيفته - باستخدام مربعات الاختيار التالية، حدد الإجراء التصحيحي الذي تعتقد أنه يجب أن يتخذه صاحب العمل (اختر كل ما ينطبق).

طلبْتُ أو أخذْتُ إجازة عائلية مدفوعة الأجر و:

☐ تم إنهاء وظيفتي وأريد إعادتي إليها.

☐ تم تقليل ساعات عملي أو تغييرها. أريد العودة إلى العمل في الجدول الزمني نفسه الذي كنتُ عليه قبل أن أطلب أو أخذ الإجازة العائلية المدفوعة الأجر.

☐ تغيرت مهامي الوظيفية. أريد أن أعود إلى الوظيفة نفسها أو إلى وظيفة مماثلة كالتي كنتُ أشغلها قبل أن أطلب أو أخذ الإجازة العائلية المدفوعة الأجر.

☐ تم إلغاء ميزاتي الوظيفية أو تم تخفيضها. أريد إعادة ميزاتي الوظيفية إلى المستوى نفسه الذي كنتُ فيه قبل أن أطلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر أو أخذها. (على سبيل المثال قد تشمل الميزات الوظيفية التأمين الصحي).

☐ معلومات أخرى/إضافية (يرجى التوضيح): _____



القسم (ج) - يكمله الموظف

أقر بموجب وقوعي تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات الموجودة في هذه الوثيقة صحيحة على حد علمي:

توقيع الموظف: _____ التاريخ: _____

ملاحظة للموظف: بعد تسليم نسخة من هذا النموذج (بعد إكمال الأقسام (أ) و(ج)) إلى صاحب العمل، أكمل القسم (د) وأرسل جميع الصفحات إلى **Workers' Compensation Board (مجلس تعويض العمال): الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، على PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** أو أرسل رسالة إلكترونية إلى PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov واحتفظ بنسخة لاستخدامها عند الحاجة.

القسم (د) - يكمله الموظف

شهادة التسليم

أقر بموجب ذلك، وأقع تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، بأنني سلمتُ نسخة من هذا الطلب الرسمي لإعادتي إلى وظيفتي فيما يتعلق بالإجازة العائلية المدفوعة الأجر إلى صاحب العمل المشار إليه في القسم (أ) من خلال _____ (ضع علامة في أحد المربعين التاليين):
التاريخ

☐ أرسلته بالبريد إلى عنوان صاحب العمل المذكور في هذا النموذج

☐ سلمته يدًا بيد إلى:

الاسم: _____

عنوان الشارع: _____

المدينة والولاية والرمز البريدي: _____

☐ أرسلته بالبريد الإلكتروني إلى:

الاسم: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

☐ أرسلته بالفاكس إلى: _____

توقيع الموظف: _____ التاريخ: _____



تعليمات لصاحب العمل

بموجب قانون تعويض العمال المادتين 203-b و 120، إذا طلب أي موظف أخذ إجازة عائلية مدفوعة الأجر:

- يجب عليك إعادته إلى وظيفته الأصلية أو إلى وظيفة مماثلة،
- لا يجوز لك إنهاء وظيفته،
- لا يجوز لك تقليل أجره و/أو ميزات،
- "لا" يجوز لك معاقبته على طلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر أو أخذها.

في غضون 30 يومًا من تاريخ* تقديم هذا الطلب، يجب عليك:

1. اتخاذ إجراء تصحيحي، وقد يشمل ذلك إعادة الموظف إلى المنصب نفسه أو إلى منصب مماثل؛ أو
2. إكمال القسم (هـ) من هذا النموذج، والتوضيح للموظف سبب عدم السماح باتخاذ إجراء تصحيحي. يجوز إرسال رد منفصل، ولكن يجب إرفاقه بهذا النموذج. يجب إرسال الصفحات من 1-3 من هذا النموذج وأي مرفقات إلى الموظف ومحامي الموظف (إذا كان مذكورًا في هذا النموذج) وإلى مجلس تعويض العمال: الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، على PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030 أو أرسل رسالة إلكترونية إلى PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov.

يمكن أن يؤدي عدم إعادة الموظف إلى وظيفته إلى إلحاق أضرار بك لا يغطيها التأمين.

إذا أعيد الموظف إلى وظيفته أو لم يرغب في متابعة شكوى التمييز/الانتقام بعد تلقي ردك على هذا الطلب، فلا داعي لاتخاذ أي إجراء آخر. وإلا يحق للموظف، بعد 30 يومًا، تقديم شكوى إلى مجلس تعويض العمال. إذا تبين لمجلس تعويض العمال أنك انتهكت القسم (الأقسام) 203-b و/أو 120 من قانون تعويض العمال، فقد يُلزمك بإعادة الموظف إلى وظيفة مماثلة، وسداد الأجور الفائتة عليه اعتبارًا من نهاية الإجازة مع الفائدة، وإلزامك بتعويض المحاماة و/أو فرض غرامة عليك تصل قيمتها إلى 500 دولار.

* تبدأ الـ 30 يومًا في اليوم الذي يصدق فيه الموظف على تسليم هذا النموذج إلى صاحب العمل المشار إليه في القسم "شهادة التسليم" في الصفحة 2.

ملاحظة لصاحب العمل: أرسل الصفحات من 1-3 من هذا النموذج (مع إكمال القسم هـ) إلى Workers' Compensation Board (مجلس تعويض العمال): الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، على PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030 أو أرسل رسالة إلكترونية إلى PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov عند إرسال ردك.

القسم (هـ) - يُكمّله صاحب العمل

رد صاحب العمل على طلب إعادة الموظف لوظيفته

الاسم: _____

عنوان الشارع: _____

المدينة والولاية والرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: _____ رقم التعريف الفيدرالي لصاحب العمل (FEIN): _____

وضح دفاعك بوضع علامة أمام السبب (الأسباب) الفعلي. كما يمكنك إرفاق ملف إضافي بهذا النموذج يدعم موقفك الدفاعي.

☐ تم إلغاء نوبة العمل التي قضاها الموظف قبل طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر أو أخذها.

☐ إلغاء ساعات العمل الإضافية التي عملها الموظف قبل طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر أو أخذها.

☐ لم يطلب الموظف إجازة عائلية مدفوعة الأجر أو لم يأخذها مطلقًا.

☐ الموظف/المطالب لا يعمل في هذه الشركة.

☐ معلومات أخرى/إضافية (يرجى التوضيح): _____

توقيع صاحب العمل: _____ التاريخ: _____

الاسم بأحرف واضحة _____

