פֿאָרמאַל בקשה פֿאַר רעינסטאַטעמענט וועגן באַצאָלט משפחה לויב

NEW YORK STATE | Paid Family Leave

Paid Family Leave ● PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

איר זײַט באַרעכטיקט צוריקצוגיין צו די זעלבע אָדער פֿאַרגלײַכלעך שטעלע ווען איר צוריקקומען אַרבעטן נאָך אַ באַצאָלט משפחה לויב.

אַרבעטער אינסטרוקציעס

ניצן די פֿאָרמע אויב, נאָך בעטן אָדער נעמען באַצאָלט משפחה לויב, אײַער אַרבעטגעבער:

- אָפּזאָגט אײַך צו רעינסטאַטע צו אײַער אָריגינעל אָדער פֿאַרגלײַכלעך שטעלע,
- ענדיקט אײַער באַשעפֿטיקונג,
- פֿאַרקלענערט אײַער צאָלונג און/אָדער בענעפֿיטס, און/אָדער
- דיציפּלינירט אײַך אין קיין אופֿן.

אויב איר מיינען אַז עפּעס פֿון דאָס איז געשען, איר **דאַרף ערשטן** בעטן פֿאָרמאַל רעינסטאַטעמענט בײַ ניצן די פֿאָרמע.

1. אָנפֿילן אָפּטיילונגען A, B און C פֿון די פֿאָרמע.
2. מאַכן אַ קאָפּיע פֿון אַלע זײַטן און דערלאַנגען די קאָפּיע צו אײַער אַרבעטגעבער.
3. אײנס איר האָט דערלאַנגט די קאָפּיע, באַלדיק אָנפֿילן אָפּטיילונג D פֿון די פֿאָרמע. וואַרט ניט אַז אײַער אַרבעטגעבער זאָל פֿולשטענדיקן אָפּטיילונג E.
4. מאַכן אַ קאָפּיע פֿון אַלע זײַטן צו באַהאַלטן אין אײַערע רעקאָרדס.
5. שיקט אַ קאָפּיע פֿון די פֿאָרמע (מיט פֿולשטענדיקט אָפּטיילונגען A, B, C און D) צו דעם **Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** אָדער אי־מייל צו PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov.

וואָס געשעט נאָך דעם?

אײַער אַרבעטגעבער האָט 30 טעג פֿון אָנפֿילן דאַטע* פֿון די בקשה פֿאַר:

1. נעמען פֿאַרריכטן אַקציעס, וועלכע מעגן אַרײַננעמען אײַך רעינסטאַטינג צו די זעלבע אָדער אַ פֿאַרגלײַכלעך שטעלע; אָדער
2. פֿולשטענדיקן אָפּטיילונג E פֿון די פֿאָרמע, אײַך צו דערקלערן פֿאַרוואָס מען דאַרף ניט קיין פֿאַרריכטן אַקציע.

אויב איר ווערן רעינסטאַטעד בײַ אײַער אַרבעטגעבער, מען דאַרף גאָרניט מאַכן.

אויב איר זײַנען ניט רעינסטאַטעד, איר זײַנען ניט צופֿרידן מיט אײַער אַרבעטגעבער ענטפֿער, אָדער אײַער אַרבעטגעבער ענטפֿערט ניט די בקשה במשך 30 טעג:

- איר קענען אַז אָנפֿילן אַ *Paid Family Leave Discrimination/Retaliation Complaint (PFL-DC-120)* פֿאַראַנען אין www.ny.gov/PaidFamilyLeave.
- איר און אײַער אַרבעטגעבער וועלן דאַרפֿן אויסמעקן אין אַ פֿאַרהער מיט דעם Workers' Compensation Law ריכטער וואָס וועט באַשלוסן אויב די געזעץ איז צעבערכן געוואָרן. אויב עס איז געווען, מען מעג באַפֿוילן אײַער אַרבעטגעבער אײַך צו רעינסטאַטע, אײַך באַצאָלן פֿאַרגאַנגענע לוינען, און/אָדער אַדוואָקאַט אָפּצאָלונגען.

*די 30 טעג אָנהייבן דעם טאָג וואָס איר באַשטעטיקן צושטעלן די פֿאָרמע צו אײַער אַרבעטגעבער באַמערקט אין דעם "צושטעלונג באַשטעטיקונג" אין זײַט 2.

אַרבעטגעבער אינסטרוקציעס

אַרבעטגעבער, דאָס איז אַ פֿאָרמאַל בקשה פֿאַר רעינסטאַטעמענט פֿון אַן אַרבעטער וואָס גלויבט אַז ער/זי איז דיסקרימינירט אָדער קריקדערלאַנגען פֿאַר בעטן אָדער נעמען באַצאָלט משפחה לויב.

ביטע זע זײַט 3 פֿאַר אײַערע אינסטרוקציעס.

סקאַן ניט דעם זײַט.

פֿאָרמאַל בקשה פֿאַר רעינסטאַטעמענט וועגן באַצאָלט משפחה לויב

Paid Family Leave • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

אָפּטיילונג A - צו זײַן פֿולשטענדיקט בײַ דעם אַרבעטער

אַרבעטער אינפֿאָרמאַציע

נאָמען (משפחה, ערשטן, מיטל): ______ געבורט דאַטע: ______

גאַס אַדרעס: ______

שטאָט, שטאַט, זיפּ קאָדע ______

טעלעפֿאָן #: ______ סאָשאַל סעקוריטי # / שטײַער אידענטיפֿיקאַציע #: ______

אי-מייל אַדרעס: ______

אַרבעטער דזשענדער ☐ זאָכער ☐ ווײַבלעך ☐ אַנדערע

אַרבעטגעבער אינפֿאָרמאַציע (אַז אויסמעקט אין אײַער צאָלונג שטאָרצל)

אַרבעטגעבער נאָמען: ______

אַרבעטגעבער גאַס אַדרעס: ______

אַרבעטגעבער שטאָט, שטאַט, זיפּ קאָדע: ______

אַרבעטגעבער טעלעפֿאָן #: ______ פֿעדעראַל אידענטיפֿיקאַציע #, אויב באַקאַנט (FEIN): ______

באַצאָלט משפחה לויב אינפֿאָרמאַציע

טשעק איינע פֿון די פֿאָלגנדיקע:

☐ באַצאָלט משפחה לויב איז געבעטן פֿאָרמאַל און געשאָנקען אָנהייבן דאַטע: ______ ענדיקן דאַטע: ______

☐ באַצאָלט משפחה לויב איז געבעטן פֿאָרמאַל און געלייקנט

☐ אַנדערש (ביטע דערקלערן):

בקשה דאַטע (PFL-1) אָדער דערמאָנונג פֿון באַצאָלט משפחה לויב צום אַרבעטגעבער (אויב שייך):

מין באַצאָלט משפחה לויב: ☐ בונד מיטן קינד ☐ אָפּהיטונג פֿאַר משפחה מיטגליד ☐ מיליטעריש קוואַליפֿיצירן געשעעניש

אַדוואָקאַט אינפֿאָרמאַציע (ביטע פֿולשטענדיקן די פֿאָלגנדיקע אויב איר האָט באַקומען אַן אַדוואָקאַט פֿאַר דעם ענין)

אַדוואָקאַט נאָמען: ______

אַדוואָקאַט גאַס אַדרעס: ______

אַדוואָקאַט שטאָט, שטאַט, זיפּ קאָדע: ______

אַדוואָקאַט טעלעפֿאָן #: ______ באָרד ID # (אויב עס איז דאָ): ______

אָפּטיילונג B - צו זײַן פֿולשטענדיקט בײַ דעם אַרבעטער

אַרבעטער בקשה פֿאַר רעינסטאַטעמענט - ניצן די טשעק-קעסטלען אונטן, אָנווײַז די פֿאַרריכטן אַקציע איר גלייבן אײַער אַרבעטגעבער דאַרף מאַכן: (טשעק אַלע די וואָס צוליייגן).

איך האָב געבעטן אָדער גענומען באַצאָלט משפחה לויב און:

☐ מײַן באַשעפֿטיקונג איז געענדיקט און איך וויל צוריק מײַן אַרבעט.

☐ מײַנע שעהן זײַנען פֿאַרקלענערט אָדער דערענדערט. איך וויל צוריקגיין צום אַרבעט אין דעם זעלבן פֿאָרפּלאַן אַז איידער איך האָב געבעטן אָדער גענומען באַצאָלט משפחה לויב.

☐ מײַנע אַרבעט פֿליכטן האָבן ענדערונגען. איך וויל צוריקגיין צום זעלבן אָדער אַ פֿאַרגלײַכלעך אַרבעט אַז איידער איך האָב געבעטן אָדער גענומען באַצאָלט משפחה לויב.

☐ מײַנע בענעפֿיטס זײַנען באַטל געמאַכט אָדער פֿאַרקלענערט. איך וויל מײַנע בענעפֿיטס אין זעלבן אָדער אַ פֿאַרגלײַכלעך ניוואָ אַז איידער איך האָב געבעטן אָדער גענומען באַצאָלט משפחה לויב. (בענעפֿיטס מעגן אַרײַננעמען, צום בײַשפּיל, געזונטערהײַט פֿאַרזיכערונג).

☐ אַנדערש/ווײַטערדיק אינפֿאָרמאַציע (ביטע דערקלערט):

______

______

אויב איר דאַרפֿן הילף, ביטע אָנקלינגט 337-6303 (844)
www.ny.gov/PaidFamilyLeave

PFL-DC-119 6-22

אַרבעטער נאָמען (משפחה, ערשטן, מיטל):_______________________ סאָשאַל סעקוריטי # / TIN #:_______________________

אָפּטיילונג C - צו זיין פֿולשטענדיקט בײַ דעם אַרבעטער

איך האַלט אונטער שטראָף פֿון פֿאַלשע שבֿועה אַז די אינפֿאָרמאַציע דאָ צוגעשטעלט איז אמתדיקע צום בעסטן פֿון מיין קענטשאַפֿט:

אַרבעטער אונטערשריפֿט _______________________ דאַטע _______________

באַמערקונג פֿאַר אַרבעטער: נאָך צושטעלן אַ קאָפּיע פֿון די פֿאָרמע (מיט פֿולשטענדיקט אָפּטיילונגען A-C) צו אייער אַרבעטגעבער, אָנפֿילן אָפּטיילונג D און שיקט אַלע זייטן צו דעם **Workers' Compensation Board: Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** אָדער אי-מייל צו PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov און האַלטן אַ קאָפּיע פֿאַר אייערע רעקאָרדס.

אָפּטיילונג D - צו זיין פֿולשטענדיקט בײַ דעם אַרבעטער

באַשטעטיקונג פֿון צושטעלונג

איך דערמיט באַשטעטיקט, אונטער שטראָף פֿון פֿאַלשע שבֿועה, אַז איך האָב צוגעשטעלט אַ קאָפּיע פֿון דעם פֿאָרמאַל בקשה פֿאַר רעינסטאַטעמענט ווען באַצאָלט משפחה לויב צו דעם אַרבעטגעבער פֿאַרשריבן אין אָפּטיילונג A אין _______________ בײַ (טשעק איינע פֿון די פֿאָלגנדיקע):
דאַטע

- ☐ שיקט עס צו דעם אַרבעטגעבער אַדרעס געשריבן אין די פֿאָרמע
- ☐ פערזענלעך צוגעשטעלט צו:
  - נאָמען: _______________________
  - גאַס אַדרעס: _______________________
  - שטאָט, שטאַט, זיפּ קאָדע _______________________
- ☐ אי-מיילעד פֿאַרבינדונג צו:
  - נאָמען: _______________________
  - אי-מייל אַדרעס: _______________________
- ☐ פֿאַקסעד צו: _______________________

אַרבעטער אונטערשריפֿט _______________________ דאַטע _______________

אַרבעטער נאָמען (משפחה, ערשטן, מיטל):______________________ סאָשאַל סעקוריטי # / TIN #:______________

אַרבעטגעבער אינסטרוקציעס

לויט Workers' Compensation Law אָפּטיילונגען 203-b און 120, אויב קיין אַרבעטער בעט צו נעמען באַצאָלט משפחה לויב:

- איר דאַרף זיי רעינסטאַטע צו זייער אָריגינעל אָדער פֿאַרגלײַכלעך שטעלע,
- איר מעג זיי ניט פֿאַרענדיקן,
- איר מעג ניט פֿאַרקלענערן זייער צאָלונג און/אָדער בענעפֿיטס,
- איר מעג ניט דיציפּלין זיי פֿאַר בעטן אָדער נעמען באַצאָלט משפחה לויב.

במשך **30 טעג** פֿון אָנפֿילן דאַטע* פֿון די בקשה, איר דאַרפֿן:

1. נעמען פֿאַרריכטן אַקציעס, וועלכע מעגן אַרײַננעמען רעינסטאַטינג דעם אַרבעטער צו די זעלבע אָדער אַ פֿאַרגלײַכלעך שטעלע; אָדער
2. פֿולשטענדיקן אָפּטיילונג E פֿון די פֿאָרמע, דערקלערן צום אַרבעטער פֿאַרוואָס פֿאַרריכטן אַקציע וועט ניט זײַן דערלויבט. אַ באַזונדערער ענטפֿער מעג זײַן געשיקט, אָבער עס מוז דאַרף זײַן פֿאַרבינדט צו די פֿאָרמע. **זײַטן 1-3 פֿון די פֿאָרמע און קיין פֿאַרבינדונגען דאַרפֿן זײַן געשיקט צום אַרבעטער, דעם אַרבעטער אַדוואָקאַט (אויב איין איז פֿאַרשריבן אין די פֿאָרמע) און צו דעם Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** אָדער אי-מייל צו PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov.

דורכפֿאַל צו רעינסטאַטע אַן אַרבעטער קען ענדיקן אין שעדיקונגען באַלעסטיקן ווערן קעגן אײַך וואָס זײַנען ניט פֿאַרדעקט בײַ פֿאַרזיכערונג.

אויב דעם אַרבעטער איז רעינסטאַטעד אָדער וויל ניט נאָכגיין אַ דיסקרימינאַציע/קריקדערלאַנג באַקלאָג נאָך ער באַקומט אײַער ענטפֿער צו די בקשה, מען דאַרף גאָרניט מאַכן. אַנדערש, נאָך 30 טעג, דעם אַרבעטער האָט דעם רעכט צו פֿאָרלייגן אַ באַקלאָג מיט דעם Workers' Compensation Board. אויב דעם באָרד געפֿינט אַז איר האָט צעבראָכן אָפּטיילונג(ען) 203-b און/אָדער 120 פֿון דעם Workers' Compensation Law, עס מעג אײַך באַפֿעלן צו רעסטאַווירן דעם אַרבעטער צו פֿאַרגלײַכלעך באַשעפֿטיקונג, באַוויליקן פֿאַרלאָרן לוינען אָנהייבן פֿון ענדיקן פֿון לויב מיט אינטערעס, באַוויליקן אַדוואָקאַט(ן) אָפּצאָלן, און/אָדער אָפּשאַצן אַ שטראָף ביז $500 קעגן אײַך.

*די 30 טעג אָנהייבן דעם טאָג וואָס דער אַרבעטער באַשטעטיקט צושטעלן די פֿאָרמע צו זײַן אַרבעטגעבער באַמערקט אין דעם "צושטעלונג באַשטעטיקונג" אין זײַט 2.

באַמערקונג פֿאַר אַרבעטגעבער: שיקט זײַטן 1-3 פֿון די פֿאָרמע (מיט פֿולשטענדיקט אָפּטיילונג E) צו דעם Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030 אָדער אי-מייל צו PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov ווען פֿאָרלייגן אײַער ענטפֿער.

אָפּטיילונג E - צו זײַן פֿולשטענדיקט בײַ דעם אַרבעטער

אַרבעטגעבער ענטפֿער צו אַרבעטער רעינסטאַטעמענט בקשה

נאָמען:______________________

גאַס אַדרעס:______________________

שטאָט, שטאַט, זיפּ קאָדע:______________________

טעלעפֿאָן #:______________ פֿעדעראַל אידענטיפֿיקאַציע #, (FEIN):______________

אָנווײַז אײַערע פֿאַרטיידיקונגען בײַ טשעקינג די שייך סיבות. איר מעגן אויך צופּעסטיקן מער דאָקומענטן צו די פֿאָרמע אין אָנהאַלט פֿון אײַערע פֿאַרטיידיקונגען.

- ☐ דעם צײַט דעם אַרבעטער האָט געהאַט איידער בעטן אָדער נעמען באַצאָלט משפחה לויב איז עלימינירט.
- ☐ די איבערשהען דעם אַרבעטער האָט געאַרבעט איידער בעטן אָדער נעמען באַצאָלט משפחה לויב זײַנען מער ניט פֿאַראַנען.
- ☐ דעם אַרבעטער האָט קיין מאָל ניט געבעטן אָדער גענומען באַצאָלט משפחה לויב.
- ☐ דעם אַרבעטער/קלײַמאַנט איז ניט באַשעפֿטיקט בײַ דעם ביזנעס.
- ☐ אַנדערש/ווײַטערדיק אינפֿאָרמאַציע (ביטע דערקלערט):

____

____

אַרבעטגעבער אונטערשריפֿט ______________________ דאַטע ______________

פֿאַרדרוקן נאָמען ______________________

אויב איר דאַרפֿן הילף, ביטע אָנקלינגט (844) 337-6303
www.ny.gov/PaidFamilyLeave

PFL-DC-119 6-22