



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

Если работник заявил о нарушении раздела 203-b или 120 Закона о компенсациях работникам (подробнее о законе см. на обороте), назначается предварительное слушание, проводимое судьей по нарушениям Закона о компенсациях работникам в установленном месте, ближайшем к домашнему адресу работника. В ходе слушания обеим сторонам предоставляется возможность высказать свою точку зрения. Вы получите уведомление с указанием даты, места и времени слушания.

В ТЕЧЕНИЕ 30 ДНЕЙ С МОМЕНТА ПОЛУЧЕНИЯ ОТ СОВЕТА УВЕДОМЛЕНИЯ О ЖАЛОБЕ НА ДИСКРИМИНАЦИЮ/РЕПРЕССИВНЫЕ МЕРЫ В СВЯЗИ С ОПЛАЧИВАЕМЫМ ОТПУСКОМ ПО СЕМЕЙНЫМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ (форма PFL-DC-129) РАБОТОДАТЕЛЬ ОБЯЗАН ЗАПОЛНИТЬ И ОТПРАВИТЬ ЭТУ ФОРМУ В СОВЕТ. В СЛУЧАЕ НЕВЫПОЛНЕНИЯ ЭТОГО ТРЕБОВАНИЯ РАБОТОДАТЕЛЮ МОЖЕТ БЫТЬ ОТКАЗАНО В ПРАВЕ ЗАЩИТЫ. ОТПРАВЬТЕ ЭТУ ФОРМУ ПО АДРЕСУ: PAID FAMILY LEAVE, PO BOX 9030, ENDICOTT, NY 13761-9030.

РАБОТОДАТЕЛЬ НЕСЕТ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВСЕ НАЗНАЧЕННЫЕ НАКАЗАНИЯ И ШТРАФЫ.

В соответствии с Разделом 111 Закона о компенсациях работникам (приведен на обороте) укажите все требуемые сведения и подпишите подтверждение.

Информация о работнике (эта информация приведена в форме PFL-DC-129 Уведомление о жалобе на дискриминацию/репрессивные меры в связи с оплачиваемым отпуском по семейным обстоятельствам, отправленной вам советом Workers' Compensation Board).

Имя работника: _____ Номер досье PFL: _____

Сведения о работодателе

Полное и правильное юридическое наименование: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Федеральный идентификационный номер (FEIN): _____

Данная компания принадлежит индивидуальному владельцу, партнерству или корпорации (отметьте один вариант):

- Индивидуальный владелец (укажите ниже имя и адрес владельца)
 Партнерство (укажите ниже имя и адрес каждого партнера)
 Корпорация (укажите ниже имя, должность и адрес президента и/или другого должностного лица, которое должно получать уведомления по этому вопросу)

Имя и фамилия (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ): _____

Должность (если применимо): _____

Адрес: _____

Имя и фамилия (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ): _____

Должность (если применимо): _____

Адрес: _____

Имя и фамилия (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ): _____

Должность (если применимо): _____

Адрес: _____

Имя и фамилия (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ): _____

Должность (если применимо): _____

Адрес: _____



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

- Действия, указанные в жалобе работника на дискриминацию/репрессивные меры, были предприняты по экономически обоснованной причине. Причины следующие:

- 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 (ОПИШИТЕ ПОДРОБНО): _____

Под страхом ответственности за предоставление ложных сведений я подтверждаю, что информация, представленная в настоящем документе, является, в меру моих знаний, достоверной.

Подпись работодателя

Дата

Имя и фамилия (печатными буквами)

ЗАКОН О КОМПЕНСАЦИЯХ РАБОТНИКАМ

Раздел 120. Дискриминация в отношении работников. Закон запрещает любому работодателю или его уполномоченному агенту увольнять или не восстанавливать на работе согласно разделу двести двадцать три «б» настоящей главы 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 потребовал или попытался потребовать какие-либо льготы, предоставляемые в соответствии с настоящей главой, или дал или собирается дать показания в ходе процедур, предусмотренных в этой главе, и не указано никакой 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 компенсации, 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 203-б. Восстановление на работе после оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам. Любой удовлетворяющий требованиям работник застрахованного работодателя, который берет отпуск в соответствии с настоящей статьей, имеет право после возвращения из такого отпуска быть восстановленным работодателем в должности, которую работник занимал до начала отпуска, или в сравнимой должности с такими же бонусами, оплатой и другими условиями работы. Уход в отпуск по семейным обстоятельствам не приводит к потере бонусов, накопленных работником до даты начала отпуска. Никакое из положений данного раздела не может толковаться как предоставляющее восстановленному работнику старшинства или бонусов, накопленных за период нахождения в отпуске, или права, бонусы или должность, на которые работник имел бы право, если бы не ушел в отпуск.

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 применимы 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.

Раздел 111. Информация, предоставляемая работодателем. Каждый работодатель предоставляет по запросу председателю совета любую информацию, запрошенную им для выполнения положений настоящего раздела. Председатель или совет имеют право выслушать под присягой показания любого работодателя, должностного лица, агента или работника. Работодатель или работник, получивший от председателя совета бланк с указанием предоставить показания, обязан правильно заполнить его, полностью и правильно ответив на все содержащиеся в нем вопросы, или, если это невозможно сделать, указать убедительные и достаточные причины отказа. Ответы на вопросы должны быть подписаны работодателем или работником, и к ним должно быть приложено подтверждение о достоверности сведений под страхом ответственности за предоставление ложных сведений. Заполненный бланк следует отправить обратно председателю совета в указанный им срок.