



## REZYGNACJA PRACOWNIKA ZE ŚWIADCZEŃ PŁATNEGO URLOPU RODZINNEGO

Informacje dotyczące możliwości zrezygnowania z płatnego urlopu rodzinnego i wskazówki dotyczące wypełnienia tego formularza można znaleźć na stronie 2.

Informacje dot. pracodawcy	
1. NAZWA PRAWNA PRACODAWCY, WŁĄCZAJĄC (DBA/AKA/TA)	
2. ADRES	4. FEIN PRACODAWCY
3. MIASTO, STAN I KOD POCZTOWY	5. NR TELEFONU

Informacje dot. pracownika	
6. IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA	
7. ADRES ZAMIESZKANIA	
8. MIASTO, STAN I KOD POCZTOWY	9. NR TELEFONU

Informacje dotyczące zatrudnienia	
10. ŚREDNIA LICZBA GODZIN PRZEPRACOWANYCH TYGODNIOWO (W OPARCIU O OSTATNIE 8 TYGODNI)	12. CZY PRACA TA JEST TYMCZASOWA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
11. ŚREDNIA LICZBA DNI PRZEPRACOWANYCH TYGODNIOWO (W OPARCIU O OSTATNIE 8 TYGODNI)	JEŚLI TAK, JAK DŁUGO BĘDZIE TRWAŁO ZATRUDNIENIE?

Potwierdzenie pracownika	
1. Chcę zrezygnować z objęcia płatnym urlopem rodzinnym w tym momencie, ponieważ (wybrać jedną opcję): <input type="checkbox"/> Zazwyczaj pracuję ponad 20 godzin tygodniowo, jednak nie będę pracować 26 tygodni z rzędu (6 miesięcy) dla tego pracodawcy. <input type="checkbox"/> Zazwyczaj pracuję mniej niż 20 godzin tygodniowo, jednak nie będę pracować przez 175 dni w ciągu 52 tygodni z rzędu (rok) dla tego pracodawcy.	
2. Rozumiem, że rezygnację tę można odwołać w przypadku zmiany harmonogramu pracy oraz jeśli zakładam, że będę pracować ponad 20 godzin tygodniowo przez 6 miesięcy lub mniej niż 20 godzin tygodniowo, lecz co najmniej przez 175 dni w okresie 52 tygodni z rzędu (rok).	
3. Rozumiem, że rezygnacja ta jest <b>OPCJONALNA I MOŻNA JĄ ODWOŁAĆ</b> . (a) Mój pracodawca nie może zmusić mnie do rezygnacji ze świadczeń płatnego urlopu rodzinnego. (b) Mogę zdecydować o późniejszym odwołaniu rezygnacji, nawet jeśli harmonogram pracy nie zmieni się.	
4. Rozumiem również, że w przypadku odwołania rezygnacji (przez mnie lub w przypadku zmiany harmonogramu pracy) mój pracodawca może dokonać wstecznych potrąceń za czas objęcia tą rezygnacją oraz że ten okres zalicza się w ramach mojego uprawnienia do płatnego urlopu rodzinnego.	

Certyfikacja	
Potwierdzam, zgodnie ze stanem mojej wiedzy, że powyższe oświadczenia są kompletne i zgodne z prawdą.	
Podpis pracodawcy: _____	Data złożenia podpisu: _____
Podpis pracownika: _____	Data złożenia podpisu: _____

**Uwaga!** Pracodawca musi zachować kopię podpisanej rezygnacji w dokumentacji przez cały okres zatrudnienia pracownika przez danego pracodawcę.

## Rezygnacja z płatnego urlopu rodzinnego (12 NYCRR 380-2.6)

- (a) Pracownik pracodawcy objętego ubezpieczeniem powinien uzyskać możliwość rezygnacji ze świadczeń płatnego urlopu rodzinnego:
- (i) Jeśli jego regularny harmonogram zatrudnienia wynosi ponad 20 godzin tygodniowo, lecz pracownik nie będzie pracował przez 26 tygodni z rzędu lub
  - (ii) Jeśli jego regularny harmonogram zatrudnienia wynosi mniej niż 20 godzin tygodniowo i pracownik nie będzie pracował przez 175 dni w ciągu 52 tygodni z rzędu.
- (b) W ciągu ośmiu tygodni od dowolnej zmiany w harmonogramie pracy pracownika, który wymaga od pracownika pracy przez 26 tygodni z rzędu lub przez 175 dni w ciągu 52 tygodni z rzędu, wszelka rezygnacja złożona zgodnie z tymi przepisami zostanie uznana za wycofaną. Pracownik pracodawcy objętego ubezpieczeniem, którego rezygnacja została odwołana jest zobowiązany do rozpoczęcia dokonywania składek na koszt świadczeń płatnego urlopu rodzinnego, włączając wszelkie kwoty wstecz od daty zatrudnienia, zgodnie z paragrafem 209 ustawy o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law), niezwłocznie po powiadomieniu pracownika przez pracodawcę objętego ubezpieczeniem o takim obowiązku.
- (c) Pracodawca objęty ubezpieczeniem musi zachować kopię podpisanej rezygnacji w dokumentacji do przedstawienia na żądanie przewodniczącego, przez cały okres zatrudnienia pracownika przez danego pracodawcę.
- (d) Pracownik, zgodnie z podpunktem (a) tego paragrafu, który zrezygnuje z odstąpienia, powinien dokonywać regularnych wpłat na świadczenia rodzinne przez cały okres zatrudnienia u objętego ubezpieczeniem pracodawcy, a pracodawca ten jest zobowiązany do zapewnienia świadczeń płatnego urlopu rodzinnego dla tego pracownika, gdy jest do nich uprawniony zgodnie z tym artykułem.

## Obliczanie średniej liczby przepracowanych godzin/dni

Aby określić średnią, łączną liczbę godzin przepracowanych tygodniowo:

Dodaj wszystkie godziny przepracowane przez ostatnie 8 tygodni, a następnie podziel sumę przez 8.

Aby określić średnią, łączną liczbę dni przepracowanych tygodniowo:

Dodaj wszystkie dni przepracowane przez ostatnie 8 tygodni, a następnie podziel sumę przez 8.

### Na przykład:

Przepracowane tygodnie	Przepracowane godziny	Przepracowane dni
1. tydzień	16	2
2. tydzień	24	3
3. tydzień	16	2
4. tydzień	16	2
5. tydzień	8	1
6. tydzień	24	3
7. tydzień	16	2
8. tydzień	8	1
Łącznie	128	16
	Podziel przez 8	Podziel przez 8
Średnia tygodniowa	16	2