

شكوى بشأن التمييز/الانتقام فيما يخص الإجازة  
العائلية المدفوعة الأجر



Paid Family  
Leave

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

- أكمل هذا النموذج إذا توفر الشرطان التاليان فقط:
- قدمت الطلب الرسمي لإعادة التعيين في المنصب السابق فيما يخص الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-DC-119) إلى صاحب العمل ومجلس تعويض العمال،
  - لم يقدم صاحب العمل ردًا في غضون 30 يومًا أو إذا لم تكن راضيًا عن التفسير الذي يوضح سبب تغيير شروط التوظيف الخاصة بك.

سيتم تحديد موعد لجلسة استماع بعد أن يستلم صاحب العمل هذا النموذج وتكون لديه الفرصة للرد.

أرفق مع هذا النموذج ما يلي:

1. إثبات استلام استحقاقات الإجازة العائلية، أو
  2. طلبك المقدم للحصول على استحقاقات الإجازة العائلية (إذا لم يتم استلام المستحقات)، بالإضافة إلى
  3. أدلة، مثل خطاب الفصل من العمل أو اسم شاهد، تفيد بأنه قد حدث ما يلي فيما يتعلق بطلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر أو أخذها:
- رفض صاحب العمل لإعادة تعيينك في منصبك الأصلي أو منصب مماثل، و/أو
  - الفصل من العمل، و/أو
  - تقليل الأجر و/أو الاستحقاقات، و/أو
  - إجراء تأديبي.

عندما تكون قد أكملت النموذج:

- أرسله إلى Workers' Compensation Board: Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030.
- أرسل نسخة إلى صاحب العمل.
- احتفظ بنسخة ضمن سجلاتك.

إن عدم إكمال هذا النموذج، بما في ذلك المرفقات المطلوبة، قد يتسبب في تأخير معالجة شكواك.

معلومات الموظف

الاسم (اسم العائلة، الاسم الأول، الاسم الأوسط): \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي/رقم التعريف الضريبي: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

معلومات صاحب العمل (حسب ظهورها على كعب شيك الراتب الخاص بك)

اسم الشركة: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ رقم الهوية الفيدرالية (FEIN): \_\_\_\_\_  
الشخص الذي مارس التمييز ضدي هو: \_\_\_\_\_  
منصبه هو (ضع علامة اختيار على مربع واحد فقط): ☐ مالك ☐ مشرف ☐ مدير

المعلومات الخاصة بالإجازات العائلية المدفوعة الأجر

ضع علامة اختيار على مربع واحد فقط مما يلي:

☐ تم طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر رسميًا وتم منحها تاريخ البدء: \_\_\_\_\_ تاريخ الانتهاء: \_\_\_\_\_

☐ تم طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر رسميًا وتم رفض منحها

☐ لم يتم تقديم طلب رسمي للحصول على إجازة عائلية مدفوعة الأجر

التاريخ الذي تم فيه تقديم طلب الحصول على إجازة عائلية مدفوعة الأجر (النموذج PFL-1) إلى صاحب العمل، أو التاريخ الذي تم فيه التطرق إلى ذكر الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (إذا كان ذلك ينطبق): \_\_\_\_\_

نوع الإجازة العائلية المدفوعة الأجر: ☐ الترابط/تقوية أوصر العلاقة مع طفل ☐ رعاية أحد أفراد العائلة ☐ حدث عسكري مؤهل



## معلومات الشكوى

ضع علامة على كل ما ينطبق:

☐ خفض ساعات العمل

☐ فقدان الوظيفة أو تغييرها

☐ حدث إجراء تأديبي

☐ فقدان الاستحقاقات أو تغييرها

☐ أخرى:

☐ خفض الأجور

التاريخ الذي قام فيه صاحب العمل بتغيير ساعات عملك، أو تخفيض أجرك و/أو استحقاقاتك، أو فصلك من العمل، أو إصدار إجراء تأديبي بحقك نتيجة للإجازة العائلية المدفوعة الأجر: \_\_\_\_\_

## طلب رسمي لإعادة التعيين في المنصب السابق فيما يخص الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-DC-119)

التاريخ الذي قدمت فيه النموذج PFL-DC-119 إلى صاحب العمل: \_\_\_\_\_

صاحب العمل الخاص بي (ضع علامة اختيار على مربع واحد): ☐ قدم ردًا ☐ لم يقدم ردًا

## معلومات المحامي (يرجى تعبئة المعلومات التالية إذا كنت حصلت على محام في هذا الشأن)

اسم المحامي: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ رقم هوية المجلس (إن وجد): \_\_\_\_\_

## الأدلة

بالإضافة إلى شهادتي، قدمت/سأقدم الأدلة التالية في جلسة استماعي:

☐ خطاب الفصل من العمل/خطاب الإجراء التأديبي ☐ شاهد (شهود)

☐ أخرى:

يرجى ذكر اسم الشاهد (أسماء الشهود) والعلاقة التي تربطك به (بهم):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

أؤكد -تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين- أن المعلومات المقدمة في هذا المستند صحيحة على حد علمي ومعرفتي.

توقيع الموظف \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_