

**شکوی 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 (نموذج PFL-DC-119) إلى صاحب العمل، ومجلس تعويض العمال،
- لم يقدم صاحب العمل ردًا في غضون 30 يومًا أو إذا لم تكن راضيًّا 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. طلب المقدم للحصول على استحقاقات الإجازة العائلية (إذا لم يتم استلام المستحقات)، بالإضافة إلى 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، وأو
  - الفصل من العمل، وأو
  - تقليل الأجر وأو الاستحقاقات، وأو
  - إجراء تأديبي.
3. عندما تكون قد أكملت النموذج:
  - أرسله إلى 13761-9030، PO Box 9030, Endicott, NY.
  - أرسل نسخة إلى صاحب العمل.
  - احتفظ بنسخة ضمن سجلاتك.

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

**معلومات الموظف**

الاسم (اسم العائلة، الاسم الأول، الاسم الأوسط): \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم الصمان الاجتماعي/رقم التعريف الضريبي: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

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

اسم الشركة: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم الهوية الفيدرالية (FEIN): \_\_\_\_\_

الشخص الذي مارس التمييز ضدي هو: \_\_\_\_\_

منصبه هو (ضع علامة اختيار على مربع واحد فقط):  مدير  مشرف  مالك

**المعلومات الخاصة بالإجازات العائلية المدفوعة الأجر**

ضع علامة اختيار على مربع واحد فقط مما يلي:

تم طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر رسميًّا وتم منحها تارikh البدء: \_\_\_\_\_ تارikh الانتهاء: \_\_\_\_\_

تم طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر رسميًّا 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 (نموذج 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:  حدث عسكري مؤهل  رعاية أحد أفراد العائلة  الترابط/نقوية أو صر العلاقه مع طفل



## معلومات الشكوى

ضع علامة على كل ما ينطبق:

- خفض ساعات العمل       فقدان الوظيفة أو تغييرها  
 حدث إجراء تأديبي       فقدان الاستحقاقات أو تغييرها  
 أخرى:       خفض الأجر

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

## طلب رسمي لإعادة التعيين في المنصب السابق فيما يخص الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (نموذج 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 رداً  لم يقدم رداً

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

اسم المحامي:

العنوان:

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

## الأدلة

بالإضافة إلى شهادتي، قدمتُ/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):

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

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

التاريخ

توقيع الموظف