



Congé familial payé • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030.

Remplissez ce formulaire uniquement si :

- Vous avez soumis la Demande formelle de réintégration concernant le congé familial payé (formulaire PFL-DC-119) à votre employeur ET à la Commission des accidents du travail, et que
- Votre employeur n'a pas répondu dans un délai de 30 jours OU vous n'êtes pas satisfait(e) de son explication quant aux raisons pour lesquelles vos conditions d'emploi ont été modifiées.

Une audience sera fixée après que votre employeur aura reçu ce formulaire et aura eu l'occasion de répondre.

Joignez à ce formulaire :

1. La preuve que vous avez reçu des prestations de congé familial, ou
2. Votre demande de prestations de congé familial (si vous n'avez pas reçu de prestations), et
3. Une preuve, telle qu'une lettre de licenciement ou le nom d'un témoin, que les événements suivants se sont produits en rapport avec la demande ou la prise du congé familial payé :
  - Le refus de l'employeur de vous réintégrer à votre poste initial ou à un poste comparable,
  - Votre renvoi,
  - Une réduction du salaire et/ou des avantages sociaux, et/ou
  - Une mesure disciplinaire.

Lorsque vous avez rempli le formulaire :

- Envoyez-le à la Commission des accidents du travail : Congé familial payé, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030.
- Envoyez une copie à votre employeur.
- Conservez une copie pour vos dossiers.

Le fait de ne pas remplir ce formulaire, y compris les pièces jointes requises, peut retarder le traitement de votre plainte.

### Informations sur l'employé(e)

Nom (Nom de famille, prénom, initiale du 2<sup>e</sup> prénom) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de sécurité sociale/N° d'identification fiscale : \_\_\_\_\_

### Informations sur l'employeur (telles qu'elles apparaissent sur votre fiche de paie)

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification fédérale (FEIN) : \_\_\_\_\_

Personne qui a agi avec discrimination à mon encontre : \_\_\_\_\_

Son poste (cocher une proposition) :  Propriétaire  Superviseur  Gestionnaire

### Informations sur le congé familial payé

Cochez l'une des cases suivantes :

- Le congé familial payé a été officiellement demandé et accordé. Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_
- Le congé familial payé a été officiellement demandé et refusé.
- Aucune demande officielle de congé familial payé n'a été faite.

Date à laquelle la demande de congé familial payé (formulaire PFL-1) a été remise à l'employeur ou date à laquelle le congé familial payé a été mentionné (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Type de congé familial payé :  Établissement de liens avec un enfant  Prise en charge d'un membre de la famille  Événement militaire qualifiant



## Informations sur la plainte

Cochez toutes les cases qui s'appliquent :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perte ou changement d'emploi            | <input type="checkbox"/> Réductions d'heures  |
| <input type="checkbox"/> Perte ou changement d'avantages sociaux | <input type="checkbox"/> Mesure disciplinaire |
| <input type="checkbox"/> Réduction de salaire                    | <input type="checkbox"/> Autre : _____        |

Date à laquelle votre employeur a modifié vos heures de travail, réduit votre salaire et/ou vos avantages, mis fin à votre emploi ou pris des mesures disciplinaires à la suite d'un congé familial payé : \_\_\_\_\_

## Demande formelle de réintégration concernant le congé familial payé (formulaire PFL-DC-119)

Date à laquelle vous avez déposé le formulaire PFL-DC-119 auprès de votre employeur : \_\_\_\_\_

Mon employeur (cochez une case) :  A répondu  N'a pas répondu

## Informations sur l'avocat (Veuillez remplir les informations suivantes si vous avez fait appel à un avocat dans cette affaire)

Nom de l'avocat : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° ID de la Commission (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

## Preuves

En plus de mon propre témoignage, j'ai présenté/je présenterai les preuves suivantes lors de mon audience :

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lettre de licenciement/mesure disciplinaire | <input type="checkbox"/> Témoin(s) |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                               |                                    |

Veuillez indiquer les noms des témoins et votre relation avec ceux-ci :

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |

---

**J'affirme, sous peine de parjure, que les informations fournies aux présentes sont, à ma connaissance, exactes.**

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Date