



Paid Family Leave

유급 가족 휴가 차별 / 보복 민원

유급 가족 휴가 • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

다음의 경우에만 이 양식을 작성하세요.

- 고용주와 산재 보상 위원회(Workers' Compensation Board)에 유급 가족 휴가에 대한 공식 회복 요청(양식 PFL-DC-119)을 제출하였고,
- 30일 내에 고용주가 응답을 하지 않았거나, 고용 조건 변경 사유에 대한 설명이 만족스럽지 못한 경우.

고용주가 이 양식을 수령하고 응답할 기회가 주어진 후 청문회가 열릴 예정입니다.

이 양식에 첨부할 서류:

1. 가족 휴가 혜택 부여 증명서, 또는
2. 가족 휴가 혜택 요청서(혜택을 받지 못한 경우), 그리고
3. 유급 가족 휴가의 요청이나 사용에 관해 아래와 같은 일이 일어났음을 입증하는 증거(예: 종료 서신 또는 증인 성명 등).
 - 귀하가 원래의 직위나 유사한 직위로 복직하는 것을 고용주가 거부함
 - 고용 종료
 - 급여 또는 혜택 삭감
 - 징계 조치

양식을 작성한 후:

- 다음 주소로 발송하세요: Workers' Compensation Board: Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030.
- 사본을 고용주에게 발송하세요.
- 기록을 위해 사본을 보관하세요.

요청된 첨부 자료를 포함해 이 양식을 작성하지 않을 경우, 민원 처리가 지연될 수 있습니다.

근로자 정보

이름 (성, 이름, 중간 이름): _____ 생년월일: _____

주소: _____

전화번호: _____ 사회보장번호(SSN)/납세자 식별 번호: _____

고용주 정보(급여명세서에 표시된 정보)

사업체명: _____

주소: _____

전화번호: _____ 연방 식별 번호(FEIN): _____

귀하를 차별 대우한 사람: _____

그 사람의 직위(하나를 선택하세요): 소유자 감독자 매니저

유급 가족 휴가 정보

다음 중 하나를 선택하세요.

- 유급 가족 휴가가 공식적으로 요청되고 승인되었음 시작 날짜: _____ 종료 날짜: _____
- 유급 가족 휴가가 공식적으로 요청되고 거부되었음
- 유급 가족 휴가가 공식적으로 요청되지 않았음

유급 가족 휴가 요청(양식 PFL-1)을 고용주에게 제출한 날짜,
또는 유급 가족 휴가를 언급한 날짜(해당하는 경우): _____

유급 가족 휴가 유형: 자녀와의 유대감 가족 구성원 돌보기 군부대 행사 자격

민원 정보

해당하는 항목을 모두 선택하세요.

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 실직 또는 이직 | <input type="checkbox"/> 근무 시간 단축 |
| <input type="checkbox"/> 혜택의 상실 또는 변경 | <input type="checkbox"/> 징계 조치 발생 |
| <input type="checkbox"/> 임금 삭감 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

유급 가족 휴가를 이유로 고용주가 귀하의 근로 시간을 변경하거나, 급여/혜택을 삭감하거나, 해고하거나, 징계한 날짜: _____

유급 가족 휴가에 대한 공식 회복 요청(양식 PFL-DC-119)

고용주에게 양식(PFL-DC-119)을 제출한 날짜: _____

고용주(하나를 선택하세요): 응답함 응답하지 않음

변호사 정보(이 문제로 변호사를 선임한 경우 다음 사항을 작성하세요)

변호사 성명: _____

주소: _____

전화번호: _____ 위원회(Board) ID 번호 (해당하는 경우): _____

증거

진술 이외에, 본인은 청문회에서 다음과 같은 증거를 제시하겠습니다.

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 해고/징계 서신 | <input type="checkbox"/> 증인(들) |
| <input type="checkbox"/> 기타: _____ | |

증인(들)의 성명과 귀하와의 관계를 기입하세요.

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

거짓일 경우 처벌될 수 있음을 전제로, 본인은 여기에 제공된 정보가 아는 한도에서 진실임을 맹세합니다.

날짜