

شكوى ضد الإقالة أو التمييز

إرسال نموذج البريد المكتمل إلى: وحدة التمييز (Discrimination Unit) • Menands, NY 12204 • Riverview Center - 150 Broadway

نوع المطالبة بالإعانات

- رقم الضمان الاجتماعي: _____ إعانات العجز (عجز خارج العمل)
- رقم الحالة لدى مجلس تعويض العمال (WCB) (للإصابات خارج العمل): _____ تعويض العمال (إصابة خارج العمل)

يرجى الكتابة بخط اليد أو بخط واضح. يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة - قد تؤدي عدم الإجابة إلى تأخير معالجة الإجابة عن السؤالين 6 و 7 بالتفصيل - إرفاق أوراق إضافية عند الحاجة

أرسل نسخة طبق الأصل إلى العنوان الموجود في أعلى هذا النموذج.

1. اسم الموظف: _____
2. عنوان الموظف: _____
3. اسم صاحب العمل: _____
4. عنوان صاحب العمل: _____
5. هل تمت إقالتك: نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فاكتب التاريخ: _____
6. اذكر بالتفصيل أساس شكواك وسبب فصلك من العمل واسم مشرفك أو مديرك أو الشخص الذي قام بإقالتك بالفعل: _____
7. اذكر اسم (أسماء) الشخص المعني الآخر. وأرفق نسخة من إشعار إقالتك من العمل، إن وجد، أو المستندات الأخرى التي استلمتها: _____
8. أين كنت تعمل (اذكر العنوان، إذا كان مختلفاً عن المذكور في البند 4 أعلاه): _____
9. المهنة: _____
10. اسم المحامي أو الممثل وعنوانه، إن وجد، (انظر البند "معلومات عن التمثيل" في الجزء الخلفي للنموذج): _____
11. تاريخ الحادث أو أول يوم حدث فيه العجز: _____

أقر بموجب وقوعي تحت عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات المذكورة في هذا المستند صحيحة:

رقم الهاتف

التاريخ

توقيع الموظف

قانون تعويض العمال

البند 120. التمييز ضد الموظفين الذين يرفعون دعاوى. لا يجوز قانونًا لأي صاحب عمل أو وكيله المفوض على النحو الواجب الإقالة من العمل أو بأي طريقة أخرى التمييز بين الموظفين فيما يتعلق بعمله نظرًا لمطالبة هذا الموظف أو محاولته المطالبة بتعويض من صاحب العمل هذا أو لأنه شهد أو على وشك أن يشهد على إجراء يخضع لهذا الباب ولا يوجد أي سبب آخر معقول لهذا الإجراء الذي اتخذته صاحب العمل.

يجب تقديم أي شكوى تزعم ممارسة أي تمييز غير قانوني على هذا النحو خلال سنتين منذ بدء هذه الممارسة. بمجرد العلم أن صاحب العمل قد خالف هذا البند، سيصدر مجلس تعويض العمال أمرًا بأن أي موظف تعرض للتمييز ستنتم إعادته إلى وظيفته أو منصبه أو استعادته للامتيازات التي كان سيحصل عليها، باستثناء حدوث التمييز وسيعوضه صاحب العمل عن أي خسارة في التعويض ناتجة عن ذلك التمييز، بالإضافة إلى تلك الرسوم أو بدلات الخدمات التي يصدرها أي وكيل أو مندوب معتمد وفقًا لما يحدده مجلس تعويض العمال. ويخضع أي صاحب عمل ينتهك هذا البند لغرامة لا تقل عن مائة دولار، أو تزيد عن خمسمائة دولار وفقًا لما يحدده مجلس تعويض العمال. علمًا بأن كل هذه الغرامات يتم تسديدها في خزينة الدولة. يتحمل صاحب العمل وحده سداد جميع الغرامات والتعويضات والرسوم أو البدلات. ويتحمل صاحب العمل وحده، وليس شركة التأمين التابعة له، سداد هذه الغرامات والمدفوعات. يُعد أي شرط واردًا في أي بوليصة تأمين، يتعهد بإعفاء صاحب العمل من مسؤولية سداد هذه الغرامات والمدفوعات، باطلًا.

أي صاحب عمل ثبت أنه خالف هذا البند، ويتعين على الموظف المتضرر إبلاغ مجلس تعويض العمال بالطريقة التي امتثل بها صاحب العمل خلال ثلاثين يومًا من استلام القرار النهائي. وفي حالة عدم الإبلاغ عن الامتثال أو عدم الامتثال لأمر أو غرامة يفرضها مجلس تعويض العمال خلال ثلاثين يومًا من صدور الأمر أو تقديم إخطار بالغرامة، باستثناء تقديم الطلب في حينه إلى مجلس تعويض العمال لتعديل هذا الأمر أو الغرامة أو إلغائه أو مراجعته بموجب البند الثالث والعشرين الوارد في هذا الباب، أو الأمر أو الغرامة التي يفرضها الرئيس في أي قضية مشابهة أو بناء على موافقة الرئيس، يجوز لأية جهة فرض الأمر أو الغرامة بطريقة مشابهة باعتبارها حكمًا بالتعويض.

البند 241. تطبيق الأحكام الأخرى الواردة في هذا الباب. تنطبق جميع الصلاحيات والواجبات الممنوحة أو المفروضة على الرئيس ومجلس تعويض العمال بموجب هذا الباب والالزامات لإدارة هذه المادة وغير متوافقة، إلى هذا الحد، بموجب هذا على هذه المادة؛ ولا يتعين تفسير أحد الأحكام الأخرى الواردة في هذا الباب والتي تتعلق بمزايا توفرها مواد أخرى في هذا الباب على أنها تنطبق على هذه المادة. وتنطبق أحكام البند المئة والعشرون الواردة في هذا الباب بأكملها كما لو أنها وردت بنصها في هذا البند، باستثناء أن الغرامات المدفوعة في خزانة الدولة بموجب هذه المادة تنطبق على مصروفات إدارة هذه المادة.

معلومات عن التمثيل

على الرغم من أنك لست ملزمًا بالاستعانة بأي شخص لتمثيلك فيما يتعلق بالشكوى ضد التمييز، إلا أنه يحق لك تعيين محام أو ممثل معتمد، إذا اخترت ذلك. وإذا كان يمثلك محام أو ممثل معتمد في قضية متعلقة بتعويض العمال أو إعانات العجز وكنت تريد أن يمثلك هذا المحامي أو الممثل، فيرجى التواصل معه لمعرفة ما إذا كان سيمثلك أم لا. في حالة أنه لم يمثلك، يحق لك تحديد ممثل آخر من اختيارك.

الإخطار وفقًا لقانون حماية الخصوصية الشخصية في ولاية نيويورك

(المادة (6-أ) من قانون الموظفين العموميين) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 USC § 552a).

إن سلطة مجلس تعويض العمال (المشار إليه فيما بعد "بالمجلس") ستطلب من أصحاب المطالبات تقديم معلومات شخصية، مثل رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم، يتم الحصول عليها من هيئة التحقيق التابعة للمجلس بموجب الباب رقم 20 من قانون تعويض العمال (WCL) وسلطته الإدارية بموجب الباب رقم 142 من القانون نفسه. يتم جمع هذه المعلومات لمساعدة مجلس تعويض العمال في التحقيق في المطالبات وإدارتها بأفضل طريقة ممكنة، ولمساعدته في حفظ سجلات دقيقة عن المطالبات. علمًا بأن تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى مجلس تعويض العمال هو أمر طوعي. ولا يتم فرض عقوبة على عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك في هذا النموذج؛ ولن يؤدي ذلك إلى رفض مطالبتك أو تخفيض الإعانات. سيحافظ مجلس تعويض العمال على سرية جميع المعلومات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يكشف عنها إلا لأغراض تعزيز واجباته الرسمية ووفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا النموذج أو كانت لديك أي أسئلة أخرى، فتواصل مع أحد المكاتب التابعة لمجلس تعويض العمال.