



## مكتب رئيس البلدية للعدالة وتكافؤ الفرص قانون مدينة بيتسبرغ للإجازات المرضية مدفوعة الأجر

### نموذج شكوى

نشكرك على تواصلك مع مكتب رئيس البلدية للعدالة وتكافؤ الفرص (MOE) في مدينة بيتسبرغ. يُرجى اتباع الإرشادات واستكمال المعلومات المطلوبة أدناه.

- قم بطباعة إجاباتك عن كل سؤال أو اكتبها بشكل واضح قدر الإمكان. إذا لم تكن متأكدًا من إحدى الإجابات، فيُرجى ذكر ذلك. وإذا كان أحد الأسئلة غير منطبق على حالتك، فيُرجى وضع علامة على N/A أو "غير مُنطبق".

- يمكنك إرسال النموذج بعد استكماله بالطرق التالية:

• إرساله إلى عنوان البريد الإلكتروني: [PaidSickLeave@pittsburghpa.gov](mailto:PaidSickLeave@pittsburghpa.gov) أو

• إرساله عبر البريد إلى: مكتب العدالة وتكافؤ الفرص، مُوجه إلى: (قسم الإجازات المرضية مدفوعة الأجر) على العنوان:

Office of Equity, Attn: Paid Sick Leave Division 5th Floor,  
414 Grant St., Pittsburgh, PA 15219

- بعد استلامنا النموذج الذي قمت باستكماله، سنتواصل معك في غضون خمسة (5) أيام عمل لجمع أي معلومات إضافية سنحتاج إليها أو لإبلاغك بالإجراء الذي سننخذه.

معلومات التواصل معك			
الاسم الأول		الحرف الأول من اسم الأب	
العنوان:		الاسم العائلي	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	
رقم الهاتف الأساسي		رقم الهاتف الثانوي	عنوان البريد الإلكتروني
سوف تتلقى المراسلات التي تخص هذا الاستجواب عبر البريد الإلكتروني الذي أدخلته. وقد يتم أيضا إرسال المراسلات إلى عنوانك البريدي. تقع على عاتقك مسؤولية إعلام مكتب رئيس البلدية للعدالة وتكافؤ الفرص (MOE) بأحدث معلومات التواصل معك.			

معلومات التوظيف			
صاحب العمل		مُسمك الوظيفي/وظيفة	
عنوان صاحب العمل		المدينة	الولاية
		الرمز البريدي	
عدد الموظفين (على مدار الأشهر الـ12 الماضية) (ضع دائرة حول أحد الخيارات التالية): أقل من 15 أو أكثر 15			
اسم المشرف أو المدير	رقم هاتف المشرف/المدير	عنوان البريد الإلكتروني للمشرف/المدير	
اسم ممثل قسم الموارد البشرية	رقم هاتف ممثل قسم الموارد البشرية	عنوان البريد الإلكتروني لممثل قسم الموارد البشرية	
في أي تاريخ بدأت العمل لدى صاحب العمل؟			
_____ - / - / (شهر/يوم/سنة)			
هل لا تزال تعمل لدى صاحب العمل (حدد خيارًا)؟			
نعم		لا	
إذا لم تعد تعمل لديه، يُرجى تحديد السبب		تم فصلك/طردك	
قدّمت استقالتك/تركت العمل		تم تسريحك	
متى كان آخر يوم لك في العمل؟			
_____ - / - / (شهر/يوم/سنة)			

يُرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لمساعدتنا على تحديد ما إذا كنت مشمولاً بتغطية قانون بيتسبرغ للإجازات المرضية مدفوعة الأجر.		
لا	نعم	1. هل أنت متعاقد مستقل؟ (أي أنك تتسلم نموذج 1099)
لا	نعم	2. هل أنت عامل موسمي؟ (يتم توظيفك لمدة لا تتجاوز 16 أسبوعاً في السنة الميلادية)
لا	نعم	3. هل تشملك تغطية أحد اتفاقات المفاوضة الجماعية؟ (مثلاً، عضو في نقابة)
لا	نعم	4. هل أنت طالب متدرب؟
لا	نعم	5. هل أنت موظف حكومي أو اتحادي؟
لا	نعم	6. هل عملت لمدة 35 ساعة/السنة على الأقل في نطاق الحدود الجغرافية لمدينة بيتسبرغ؟

معلومات الشكوى		
لا	نعم	هل تعتقد أن صاحب العمل قد خالف قانون الإجازات المرضية مدفوعة الأجر؟
		إذا كانت الإجابة بنعم، ففي أي تاريخ تعتقد أن صاحب العمل خالف القانون لأول مرة؟
يُرجى تحديد أوجه مخالفة صاحب العمل للقانون مما يلي مع تقديم معلومات إضافية في المساحة الخالية أدناه. حدّد جميع الخيارات المنطبقة		
عدم السماح بالانتفاع بالإجازة المرضية.		
عدم السماح بالانتفاع بالإجازة المرضية المُستحقة والتي تُقدّر بساعة واحدة لكل 35 ساعة عمل في بيتسبرغ.		
طلب تقديم مستندات في حالات غياب لأقل من 3 أيام متتالية.		
عدم قبول مستندات "معقولة".		
الانتقام من عامل لطلبه إجازة مرضية، أو لانتفاعه بالإجازة المرضية أو لتقديمه شكوى.		
عدم السماح بترحيل الإجازات المرضية المُستحقة من سنة إلى السنة التالية.		
إلزام عامل بتوفير عامل بديل.		
عدم تقديم إشعار بالحقوق بموجب القانون من خلال النشرات الفردية أو نشر المعلومات في مكان ظاهر للعيان.		
معاينة عامل بسبب طلبه إجازة مرضية أو انتفاعه بها.		
يُرجى توضيح ما حدث بأسلوبك. استخدم صفحات إضافية، إذا لزم الأمر. يُرجى ذكر جميع تواريخ المخالفات المزعومة.		
لا	نعم	هل حاولت التوصل إلى حل مع صاحب العمل فيما يتعلق بشكواك؟ (حدّد خياراً)
ما نوع الحل الذي تسعى للوصول إليه؟ (استرداد الأجر المُستحق، إعادة التعيين في الوظيفة، وما إلى ذلك)		
يُرجى تزويدنا بأي معلومات إضافية قد تساعدنا في حل هذه المشكلة.		

<p>يرجى تقديم أي مستندات ذات صلة مع هذا النموذج (مثل، بيان الراتب، وعقد التوظيف، واتفاق المفاوضة الجماعية، والسياسة التي يتبعها صاحب العمل فيما يخص الإجازات المرضية، ونسخة من الطلب الذي قُدمته للحصول على إجازة مرضية). لا يحتاج مكتب رئيس البلدية للعدالة وتكافؤ الفرص إلى أي معلومات تتعلق بالصحة لمعالجة شكاواك.</p>		
<p>وفقاً للفصل 18 من القانون التشريعي لولاية بنسلفانيا، المادة رقم 4904، المتعلقة بالتزيف لدى السلطات من دون حلف اليمين، أقر بأن هذه المعلومات حقيقية وصحيحة ومكتملة على حد علمي.</p>		
توقيع مقدم الشكوى		التاريخ
الاسم المطبوع (كتابة)		
الاسم المطبوع لأحد الوالدين أو الوصي القانوني	توقيع أحد الوالدين أو الوصي القانوني	(إذا كان مقدم الشكوى أقل من 18 عاماً)