



**Bureau municipal de l'équité
Loi sur les congés maladie payés de la
ville de Pittsburgh**

**FORMULAIRE DE
RÉCLAMATION**

Nous vous remercions d'avoir contacté le Bureau municipal de l'équité de Pittsburgh (BME). Veuillez suivre les instructions et renseigner les informations ci-dessous.

- Veuillez saisir ou rédiger chaque réponse en caractères d'imprimerie clairs, au mieux de vos capacités. Si vous n'êtes pas certain d'une réponse, veuillez le préciser. Si une question ne s'applique pas à vous, veuillez cocher N/A ou Non Applicable.
- Vous pouvez soumettre le formulaire rempli ainsi qu'il suit :
 - Par e-mail : PaidSickLeave@pittsburghpa.gov OU
 - À l'adresse : Office of Equity, Attn : Paid Sick Leave Division 5e étage,
414 Grant St., Pittsburgh, PA 15219
- Nous vous contacterons dans un délai de cinq (05) jours ouvrables suivant la réception de votre formulaire rempli, pour tout complément d'informations si besoin est, ou pour vous informer des mesures que nous prendrons.

VOS COORDONNÉES			
Prénom	M.I.	Nom	
Adresse :		Ville	État Code ZIP
N° de tél. principal	N° de tél. secondaire	Adresse e-mail	
La correspondance concernant cet examen vous sera envoyée à l'adresse électronique fournie. Elle pourrait également être envoyée à votre adresse postale. Vous êtes tenu de communiquer vos coordonnées les plus récentes au BME.			

INFORMATIONS SUR L'EMPLOI			
Employeur	Votre poste/fonction		
Adresse de l'employeur	Ville	État	Code ZIP
Nombre d'employés (au cours des 12 derniers mois) (encerclez une réponse) :		Moins de 15 15 ou plus	
Nom du superviseur ou du directeur	Numéro de téléphone du superviseur/directeur	Adresse e-mail du superviseur/directeur	
Nom du représentant du département des ressources humaines	Numéro de téléphone du représentant des RH	Adresse e-mail du représentant des RH	
À quelle date avez-vous commencé à travailler pour cet employeur ?			
_____/_____/_____(JJ/MM/AAAA)			
Travaillez-vous toujours pour cet employeur (sélectionnez une option) ?			
Oui	Non	Non applicable	
Si <i>non</i> , veuillez préciser le motif			
Démission/départ	Renvoi/licenciement	Mise à pied	
Quel était votre dernier jour de travail ?			
_____/_____/_____(JJ/MM/AAAA)			

Veillez répondre aux questions suivantes afin de nous aider à déterminer si vous êtes couvert par la Loi sur les Congés maladie payés de Pittsburgh.		
1. Êtes-vous un entrepreneur indépendant (par exemple, vous bénéficiez d'un 1099)	Oui	Non
2. Êtes-vous un travailleur saisonnier ? (embauché pour une période de 16 semaines maximum au cours d'une année civile)	Oui	Non
3. Êtes-vous couvert par une convention collective ? (par exemple, membre d'un syndicat)	Oui	Non
4. Êtes-vous un étudiant stagiaire ?	Oui	Non
5. Êtes-vous un employé d'État ou fédéral ?	Oui	Non
6. Avez-vous travaillé au moins 35 heures/an dans les limites géographiques de la ville de Pittsburgh ?	Oui	Non

INFORMATIONS RELATIVES À LA RÉCLAMATION		
Pensez-vous que l'employeur a enfreint la Loi sur les congés maladie payés ?	Oui	Non
Si oui, à quelle date pensez-vous qu'il a enfreint cette Loi pour la première fois ?	_____/_____/_____(JJ/MM/AAAA)	
Veillez indiquer de quelle manière l'employeur a enfreint cette Loi et fournir davantage d'informations dans l'espace ci-dessous. Sélectionnez toutes les mentions valables		
<input type="checkbox"/>	Il n'autorise pas l'utilisation du congé maladie.	
<input type="checkbox"/>	Il n'autorise pas le cumul d'une heure de congés maladie pour chaque période de 35 heures de travail à Pittsburgh.	
<input type="checkbox"/>	Il exige un justificatif pour des absences de moins de 3 jours consécutifs.	
<input type="checkbox"/>	Il a rejeté un justificatif « raisonnable ».	
<input type="checkbox"/>	Il a pris des mesures à l'encontre d'un travailleur en représailles d'une demande de congés maladie, d'un recours à ce dernier ou d'une plainte.	
<input type="checkbox"/>	Il ne permet pas le report des congés maladie cumulés d'une année à l'autre.	
<input type="checkbox"/>	Il exige d'un travailleur qu'il se trouve un remplaçant.	
<input type="checkbox"/>	Il n'informe pas le personnel des droits prévus par la Loi au moyen de brochures individuelles ou d'affiches placardées dans un endroit bien visible.	
<input type="checkbox"/>	Il sanctionne tout travailleur qui sollicite ou utilise un congé maladie.	
Veillez décrire ce qui s'est passé en vos propres mots. Utilisez des feuilles supplémentaires, si nécessaire. <i>Veillez indiquer toutes les dates des violations présumées.</i>		
Avez-vous essayé de résoudre votre plainte avec votre employeur ? (Sélectionnez une réponse)		
Oui Non		
Quel type de réparation désirez-vous ? (indemnité, réintégration, etc.)		
Veillez nous fournir toute information supplémentaire qui serait utile à la résolution de ce problème.		

Veillez joindre à ce formulaire tout document pertinent (en l'occurrence, les fiches de paie, le contrat de travail, la convention collective, la politique de l'employeur en matière de congés maladie et une copie de votre demande de congés maladie). Le BME n'a pas besoin d'informations d'ordre médical pour traiter votre plainte.

Conformément au texte 18 PA. CONS. STAT. ANN. § 4904, relatif à la falsification non déclarée aux autorités, je déclare qu'à ma connaissance, ces informations sont vraies, correctes et complètes.

Signature du plaignant

Date

Nom

(Si le plaignant a moins de 18 ans)

(Signature du parent ou du tuteur)

Nom du parent ou tuteur