



## ОТКАЗ РАБОТНИКА ОТ ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА ПО СЕМЕЙНЫМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ

Информацию о возможности отказа от оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и инструкции по заполнению этой формы можно найти на странице 2.

Информация о работодателе	
1. ЮРИДИЧЕСКОЕ НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ (ВКЛЮЧАЯ ДРУГИЕ НАЗВАНИЯ ДВА/АКА/ТА)	
2. АДРЕС	4. НОМЕР FEIN РАБОТОДАТЕЛЯ
3. ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	5. НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Информация о работнике	
6. ИМЯ И ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА	
7. ДОМАШНИЙ АДРЕС	
8. ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	9. НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Информация о трудоустройстве	
10. СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ (НА ОСНОВАНИИ ПОСЛЕДНИХ 8 НЕДЕЛЬ)	12. ЭТА РАБОТА ВРЕМЕННАЯ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
11. КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ДНЕЙ В НЕДЕЛЮ (НА ОСНОВАНИИ ПОСЛЕДНИХ 8 НЕДЕЛЬ)	ЕСЛИ ДА, КАК ДОЛГО ВЫ ПЛАНИРУЕТЕ ОСТАВАТЬСЯ НА ЭТОЙ РАБОТЕ?

Подтверждение работника	
1. В данный момент я хочу отказаться от оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам по следующей причине (выберите одну):	
<input type="checkbox"/> Я регулярно работаю 20 или более часов в неделю, но я не буду работать 26 недель (6 месяцев) подряд на этого работодателя.	
<input type="checkbox"/> Я регулярно работаю менее 20 часов в неделю, но я не буду работать 175 дней в течение 52 недель (1 года) подряд на этого работодателя.	
2. Я понимаю, что этот отказ будет отозван в случае изменения моего графика работы в предположении, что я буду работать свыше 20 часов в неделю в течение 6 месяцев либо менее 20 часов в неделю, но как минимум 175 дней в течение 52 недель подряд (1 года).	
3. Я понимаю, что этот отказ <b>НЕОБЯЗАТЕЛЕН И МОЖЕТ БЫТЬ ОТОЗВАН</b> .	
(а) Мой работодатель не имеет права принудить меня отказаться от пособия, предусматриваемого оплачиваемым отпуском по семейным обстоятельствам.	
(б) Позднее я могу принять решение об отзыве этого отказа, даже если мой график работы не изменится.	
4. Я также понимаю, что в случае отзыва этого отказа (вследствие моего решения или изменения в графике работы) мой работодатель может удержать с меня суммы, полученные мной в прошлом в период действия этого отказа, и что этот период времени учитывается при определении моего права на оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам.	

Заверение	
Настоящим я подтверждаю, что, насколько мне известно, все сделанные выше заявления являются точными и достоверными.	
Подпись работодателя: _____	Дата подписания: _____
Подпись работника: _____	Дата подписания: _____

**Обратите внимание!** Работодатель обязан хранить копию заполненного отказа в течение всего времени трудоустройства работника у покрытого страховкой работодателя.

## Отказ от оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (12 NYCRR 380-2.6)

- (a) Работнику покрытого страховкой работодателя будет предоставлена возможность отказаться от оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам:
- (i) если его обычный график работы предусматривает 20 или более рабочих часов в неделю, однако он не будет работать 26 недель подряд, или
  - (ii) если его обычный график работы предусматривает менее 20 рабочих часов в неделю, и он не будет работать 175 дней в течение 52 недель подряд.
- (b) В течение восьми недель после любых изменений в обычном графике работы, предусматривающих, что сотрудник будет работать в течение 26 недель подряд или же 175 дней в течение 52 недель подряд, все отказы, поданные в соответствии с данным разделом, должны считаться отозванными. Работник покрытого страховкой работодателя, чей отказ был отозван, обязан начать делать взносы в счет оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам, включая суммы, которые полагалось выплатить с даты трудоустройства согласно разделу 209 Закона о компенсации работникам, как только покрытый страховкой работодатель уведомит работника о таком обязательстве.
- (c) Покрытый страховкой работодатель обязан хранить копию заполненного отказа в течение всего времени трудоустройства работника у покрытого страховкой работодателя, чтобы иметь возможность предоставить документ по требованию Совета.
- (d) Согласно подразделу (a) данного раздела, работник, который решил не отказываться от пособия, обязан осуществлять регулярные взносы в фонд семейных пособий в течение всего периода трудоустройства у покрытого страховкой работодателя. Покрытый страховкой работодатель обязуется предоставить такому работнику семейное пособие, когда он получит на него право.

## Расчет среднего количества рабочих часов / дней

Для определения среднего количества рабочих часов в неделю:

сложите все часы, отработанные за последние 8 недель, и разделите сумму на 8.

Для определения среднего количества рабочих дней в неделю:

сложите все дни, отработанные за последние 8 недель, и разделите сумму на 8.

### Пример:

Рабочая неделя	Часов отработано	Дней отработано
Неделя 1	16	2
Неделя 2	24	3
Неделя 3	16	2
Неделя 4	16	2
Неделя 5	8	1
Неделя 6	24	3
Неделя 7	16	2
Неделя 8	8	1
Всего	128	16
	Разделить на 8	Разделить на 8
В среднем в неделю	16	2