

Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277

ទូរស័ព្ទ៖ 1-866-324-3310 ឬ 360-902-9155
អ៊ីម៉ែល៖ CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov

ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងទាមទារលើការរើស អើងនៃ ធានារ៉ាប់រងឧស្សាហកម្ម

អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងទាមទាររបស់អ្នកក្នុងពេល 90 ថ្ងៃនៃការបំពានដែលបានអះអាង។

Case Number (Dept. Use Only)

សិទ្ធិរបស់អ្នកគឺ៖

RCW 51.48.025 ការសងសឹកដោយនិយោជកត្រូវបានហាមឃាត់ — ការស៊ើបអង្កេត — ដំណោះស្រាយ

- 1) គ្មាននិយោជកអាចបណ្តាញចេញ ឬក្នុងលក្ខណៈណាមួយរើសអើងលើបុគ្គលិកទាំងឡាយ ដោយសារតែបុគ្គលិកនោះបានដាក់ ឬធ្វើទំនាក់ទំនងគោលបំណងក្នុងការដាក់បណ្តឹងទាមទារសម្រាប់សំណង ឬអនុវត្តសិទ្ធិណាមួយដែលបានផ្តល់ក្រោមសិទ្ធិទទួលនេះឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងណា គ្មានអ្វីក្នុងផ្នែកនេះបង្កានិយោជកពីការចាត់វិធានការលើសកម្មភាពទាំងឡាយដែលប្រឆាំងលើបុគ្គលិកសម្រាប់ហេតុផលនានា ដែលរួមមាន ប៉ុន្តែមិនកម្រិតដល់ បរាជ័យភាពរបស់បុគ្គលិកក្នុងការអង្កេតមើលស្តង់ដារសុខភាព ឬសុវត្ថិភាពដែលបានអនុម័តដោយនិយោជក ឬភាពញឹកញាប់ ឬលក្ខណៈនៃគ្រោះថ្នាក់ដែលទាក់ទងនឹងការងាររបស់បុគ្គលិក។
- 2) និយោជកទាំងឡាយដែលជឿថា គាត់ ឬនាងត្រូវបានបណ្តាញចេញ ឬរើសអើងលើក្នុងន័យផ្សេងដោយនិយោជកដែលបំពានផ្នែកនេះ អាចដាក់បណ្តឹងទាមទារជាមួយនាយកដោយចោទពីបទរើសអើងក្នុងពេលកៅសិបថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទនៃការបំពានដែលបានចោទ។ នៅពេលទទួលបានបណ្តឹងទាមទារបែបនេះ នាយកនឹងធ្វើការស៊ើបអង្កេតមួយ នៅពេលនាយកគិតថាស័ក្តិសម។ ក្នុងពេលកៅសិបថ្ងៃនៃការទទួលបានបណ្តឹងទាមទារដែលបានដាក់ក្រោមផ្នែកនេះ នាយកនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកដាក់បណ្តឹងពីសេចក្តីសម្រេចរបស់គាត់ ឬនាង។ បើសិនលើការស៊ើបអង្កេតបែបនោះ វាត្រូវបានសម្រេចថា ផ្នែកនេះត្រូវបានបំពាន នាយកនឹងចាត់វិធានការក្នុងតុលាការកំពូលរបស់ខោនធីដែលការបំពានត្រូវបានចោទក្នុង។
- 3) បើនាយកសម្រេចថា ផ្នែកនេះមិនត្រូវបានបំពាន បុគ្គលិកអាចអនុវត្តចំណាត់ការដោយខ្លួនគាត់ ឬនាងដោយផ្ទាល់។ ក្នុងចំណាត់ការទាំងឡាយដែលបាននាំមកក្រោមផ្នែកនេះ តុលាការកំពូលនឹងមានយុត្តាធិការ សម្រាប់បុព្វហេតុដែលបានបង្ហាញ ដើម្បីរារាំងការបំពាននៃអនុផ្នែក (1) នៃផ្នែកនេះ និងដើម្បីបង្គាប់បញ្ជាការស្តារឡើងវិញសមស្របទាំងអស់ ដែលរួមមានការជួលឡើងវិញ ឬការយកមកអនុវត្តឡើងវិញនូវបុគ្គលិកជាមួយការទូទាត់សង។

ព័ត៌មានរបស់អ្នកដាក់បណ្តឹង			
ឈ្មោះពេញ (របស់អ្នក) របស់អ្នកដាក់បណ្តឹង		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	កាលបរិច្ឆេទដាក់បណ្តឹង
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន		ទីក្រុង	រដ្ឋ កូដហ្ស៊ីប
លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ	លេខទូរស័ព្ទដៃ	លេខទាមទាររងរបួស	កាលបរិច្ឆេទនៃការរងរបួស
តើអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើអ្វីជាភាសាចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងទាំងអស់ជាមួយផ្នែកពលកម្ម និងឧស្សាហកម្ម?		
តើអ្វីជាវិធីសាស្ត្រប្រាស្រ័យទាក់ទងជាចំណូលចិត្តរបស់អ្នក? <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> សំបុត្រ <input type="checkbox"/> អ៊ីម៉ែល		អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលបច្ចុប្បន្ន	

ព័ត៌មានរបស់និយោជក	
ឈ្មោះអាជីវកម្ម	
អាសយដ្ឋានអាជីវកម្ម	ទីក្រុង រដ្ឋ កូដហ្ស៊ីប
ឈ្មោះរបស់អ្នកត្រួតពិនិត្យ	លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកត្រួតពិនិត្យ
មុខតំណែងការងាររបស់អ្នក	តើអ្នកបានធ្វើការឱ្យនិយោជកនេះយូរប៉ុណ្ណាហើយ?
តើអ្នកនៅតែត្រូវបានជួលឱ្យធ្វើការជាមួយនិយោជកនេះ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើការងាររបស់អ្នកត្រូវបានគេបញ្ចប់? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
កាលបរិច្ឆេទដែលបានធ្វើការចុងក្រោយ៖	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់៖

ព័ត៌មានអំពីមេធាវី

តើអ្នកមានមេធាវីដែលតំណាងឱ្យអ្នកជាមួយបណ្តឹងទាមទារនេះដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
ឈ្មោះរបស់មេធាវី		លេខទូរស័ព្ទរបស់មេធាវី	
អាសយដ្ឋានរបស់មេធាវី		ទីក្រុង	រដ្ឋ
កូដហ្សឺប			

ការរងរបួស និងព័ត៌មានអំពីការរើសអើង

តើអ្នកបានរាយការណ៍ការរងរបួសរបស់អ្នកទៅនិយោជកដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ឈ្មោះ និងមុខតំណែងរបស់បុគ្គលដែលអ្នកបានរាយការណ៍ការរងរបួសនេះទៅកាន់
តើអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យទៅធ្វើការនៅពេលនេះ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> តួនាទីពេញលេញ <input type="checkbox"/> តួនាទីស្រាលៗ <input type="checkbox"/> ទេ	តើអ្នកថ្មីៗនេះលើតួនាទីស្រាលៗ/ការដាក់កំហិតផ្សេងៗ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានត្រឡប់មកធ្វើការវិញ	កាលបរិច្ឆេទដែលបានប្រមើលមើលសម្រាប់ការអនុញ្ញាតឱ្យទៅធ្វើការ
កាលបរិច្ឆេទនៃចំណាត់ការដែលបានចោទពីការរើសអើង	
ចំណាត់ការដែលបានធ្វើដោយបុគ្គលិក	

មូលហេតុអ្វីបានជាអ្នកជឿថា និយោជកបានចាត់វិធានការនេះ? ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការចន្លោះច្រើនទៀត ចូរភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម។

រាយឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទរបស់សាក្សីនានាចំពោះចំណាត់ការដែលបានចោទពីការរើសអើង។

តើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងទាមទាររបស់អ្នកជាមួយទីភ្នាក់ងារដទៃណាមួយដែរទេ?
 បាទ/ចាស ទេ

បើ "បាទ/ចាស" តើទីភ្នាក់ងារ/ទីភ្នាក់ងារនានាមួយណាដែលអ្នកបានទាក់ទង?

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ស្ថិតក្រោមការដាក់ពិន័យនៃសម្បថបំពានថា ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូននៅទីនេះគឺជាការពិតតាមចំណេះដឹងដ៏ជ្រាលជ្រៅរបស់ខ្ញុំ។

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ

ផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញតាមប្រៃសណីយ៍ទៅ: Department of Labor and Industries
Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277
ឬផ្ញើអ៊ីមែលទៅ: CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov