

Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277

致电：1-866-324-3310 或 360-902-9155
电子邮件：CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov

您必须在发生所声称的违规行为后的 90 天内提起申诉。

Case Number (Dept. Use Only)

您的权利包括：

RCW 51.48.025 制止雇主的报复行为 — 调查 — 补救措施

- 1) 任何雇主都不得因员工提出索赔或表达出索赔意愿，或行使在此方面所拥有的任何权利而解雇员工或以任何方式歧视员工。但是，此条款也不阻挠雇主因其他原因而对员工采取任何措施，这些原因包括但不限于，员工未能遵守雇主所采用的卫生或安全标准，或与工作相关的员工事故的频率或性质。
- 2) 如果员工认为他或她已经遭到违反此条款的雇主的解雇或其他方式的歧视，可在**发生所声称的违规行为后的九十天内**向部长提起歧视申诉。收到这些申诉后，部长应在认为适当的时候启动调查。在收到依据此条款提交的申诉后的九十天内，部长应将其决定通报给申诉人。如果根据调查，认定违反了此条款，部长应在声称发生违规行为所在县的高等法院中提起诉讼。
- 3) 如果部长决定未曾违反此条款，员工可代表自己提起诉讼。

在依据此条款提起的任何诉讼中，高等法院应出于所显示的原因而具有管辖权来约束违反此条款之子条款(1)的行为并下达所有适当的补救命令，包括重新雇用员工或复职及支付欠薪。

申诉人信息

申诉人(您的)全名		出生日期	申诉日期
当前地址		城市	州 邮政编码
家庭电话号码	手机号码	工伤索赔编号	受伤日期
是否说英语? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您与劳工与产业部沟通时的首选语言是什么?		
您首选的沟通方式是什么? <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 电子邮件		当前的电子邮件地址	

雇主信息

企业名称	
企业地址	城市 州 邮政编码
主管的姓名	主管的电话号码
您的职位	您为此雇主工作多长时间了?
您当前仍受雇于此雇主吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 上次工作的日期：	您的雇佣终止了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 终止了日期：

律师信息

您是否有律师代表您提起此申诉？

是 否

律师的姓名

律师的电话号码

律师的地址

城市

州

邮政编码

受伤和歧视信息

您是否已将受伤情况报告给了雇主？

是 否

您将受伤情况报告给的人士的姓名和职位

当前您是否在工作？

是 全负荷工作 轻负荷工作 否

当前您是否从事轻负荷/限制性工作？

是 否

返工的日期

预计的返工日期

声称遭到歧视的日期

雇主实施的行为

您为何认为雇主实施了此行为？如果您需要更多空间，请添加附页。

列出所声称的歧视行为的证人的姓名、地址和电话号码。

您是否曾向任何其他机构提起过申诉？

是 否

如果“是”，那么您联系过哪家/哪几家机构？

我证明，据我所知，我在此提供的信息是真实的，如有假，甘受伪证罪的处罚。

姓名（正楷）

签名

日期

将填妥的表格寄送至：

Department of Labor and Industries
Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277

或发送电子邮件至：CSIIDComplaints@Lni.wa.gov