

## Бланк для подачи жалобы на дискриминацию в сфере промышленного страхования

**Вы должны подать жалобу в течение 90 дней с даты предполагаемого нарушения.**

Case Number (Dept. Use Only)

Вы имеете следующие права:

**RCW 51.48.025** Негативные ответные действия со стороны работодателя запрещены —  
Расследование — Средства правовой защиты

- 1) Ни один работодатель не может уволить или каким-либо образом дискриминировать какого-либо работника, по той причине, что данный работник подал или сообщил о намерении подать иск о компенсации или воспользоваться любыми правами, предоставленными в соответствии с данным разделом. Однако ничто в данном разделе не запрещает работодателю предпринимать какие-либо действия относительно работника по другим причинам, включая, но не ограничиваясь, несоблюдение работником стандартов здоровья или безопасности, принятых работодателем, или частоты или характера работы работника, связанных с несчастными случаями на рабочем месте.
- 2) Любой работник, который считает, что он или она был уволен или иным образом подвергнут дискриминации со стороны работодателя в нарушение данного раздела, может подать жалобу директору, сообщив о дискриминации в течение **девяноста дней со дня предполагаемого нарушения**. После получения такой жалобы, директор должен назначить проведение расследования, таким образом, каким он считает лучше. В течение девяноста дней с момента получения жалобы, поданной в соответствии с настоящим разделом, директор должен уведомить заявителя о своём решении. Если по результатам расследования установлено, что данный раздел нарушен, директор должен подать иск в вышестоящий суд округа, в котором произошло предполагаемое нарушение.
- 3) Если директор определит, что данный раздел не был нарушен, сотрудник может подать иск самостоятельно.

По любому иску, поданному в соответствии с данным разделом, вышестоящий суд будет иметь законное право, при наличии оснований, остановить нарушения подраздела (1) настоящего раздела и дать приказ на приведение в исполнение всех соответствующих действий, в том числе обратный прием на работу или восстановление работника на прежнее рабочее место с выплатой потерянной зарплаты.

### Информация истца

Фамилия, имя, отчество истца (Ваши)		Дата рождения	Дата подачи иска
Текущий адрес		Город	Штат Индекс
Номер домашнего телефона	Номер мобильного телефона	Номер иска	Дата получения травмы
Вы говорите по-английски? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Какой язык Вы предпочитаете использовать для всех коммуникаций с Labor & Industries?		
Какой метод коммуникации Вы предпочитаете использовать? <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Почта <input type="checkbox"/> Эл. почта		Текущий адрес эл. почты	

### Информация работодателя

Название бизнеса			
Адрес бизнеса		Город	Штат Индекс
Фамилия, имя начальника		Номер телефона начальника	
Занимаемая Вами должность		Как долго Вы работали на данного работодателя?	
Вы продолжаете сохранять статус работника данного работодателя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Вы утратили статус работника данного работодателя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Дата последнего рабочего дня:		Дата вы утратили статус работника:	

### Информация адвоката

У Вас есть адвокат, представляющий Ваши интересы в связи с этим иском?

Да  Нет

Фамилия, имя адвоката

Номер телефона

Адрес адвоката

Город

Штат

Индекс

### Информация о травме и дискриминации

Вы сообщали о Вашей травме своему работодателю?

Да  Нет

Фамилия, имя и должность лица, которому Вы сообщили о травме

Вы получили разрешение на выход на работу в данное время?

Да  В полном объеме  В огранич. объеме  
 Нет

В данный момент Вы ограничены выполнением лёгких работ/имеете ограничения?  Да  Нет

Дата Вашего возвращения на работу

Дата ожидаемого возвращения на работу

Дата предполагаемого акта дискриминации

Действие, предпринятое работодателем

По какой причине, по Вашему мнению, работодатель предпринял данное действие? Если Вам необходимо больше места, Вы можете приложить дополнительные страницы:

Укажите фамилии, имена, адреса и номера телефонов свидетелей предполагаемых актов дискриминации.

Был ли Ваш иск подан в какое-либо другое агентство?

Да  Нет

Если «Да», в какое агенство/агенства Вы обращались?

Я удостоверяю под страхом наказания за лжесвидетельство, что, по имеющимся у меня сведениям, предоставленная здесь информация является правдивой.

Имя печатными буквами

Подпись

Дата

**Отправьте заполненные  
бланки по адресу:**

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

**Или по электронной почте:** [CSIIDComplaints@Lni.wa.gov](mailto:CSIIDComplaints@Lni.wa.gov)