

Investigations  
PO Box 44277  
Olympia WA 98504-4277

致電：1-866-324-3310 或 360-902-9155  
電子郵件：[CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov](mailto:CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov)

**您必須在發生所聲稱之違規行為後的 90 內提起申訴。**

Case Number (Dept. Use Only)

您的權利包括：

**RCW 51.48.025 制止僱主的報復行為 — 調查 — 補救措施**

- 1) 任何僱主皆不得因員工提出索賠或表達出索賠意願，或行使在此方面所擁有之權利而解僱員工或以任何其他方式歧視員工。但是，該條款亦不阻撓僱主因其他原因而對員工採取任何措施，這些原因包括但不限於，員工未能遵守僱主所採用的衛生或安全標準，或與工作相關的員工事故的頻率或性質。
- 2) 如員工認為他或她已遭到違反此條款之僱主的解僱或其他方式的歧視，可於**發生所聲稱之違規行為後的九十天內**向部長提起歧視申訴。收到此等申訴後，部長應在認為適當時啟動調查。在收到依據該條款提交之申訴後的九十天內，部長應將其決定通報給申訴人。如依據調查，認定違反了該條款，則部長應在聲稱發生違規行為所在縣的高等法院中提起訴訟。
- 3) 如部長決定未曾違反該條款，員工可代表自己提起訴訟。

在依據該條款提起的任何訴訟中，高等法院應出於所顯示的原因而具有管轄權來約束違反該條款之子條款(1)的行為，並下達所有適當的補救命令，包括重新僱用或復職及支付欠薪。

### 申訴人的資訊

申訴人的（您的）全名：		出生日期	申訴日期
目前地址		城市	州 郵遞區號
家庭電話號碼	手機號碼	工傷索償編號	受傷日期
您是否說英語？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您與勞工和產業部溝通時的首選語言是什麼？		
您首選的溝通方式是什麼？ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 電子郵件		目前的電子郵件地址	

### 僱主資訊

企業名稱	
企業地址	城市 州 郵遞區號
主管的姓名	主管的電話號碼
您的職位	您為該僱主工作多長時間了？
您目前仍受僱於該僱主嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您的僱傭終止了嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

上次工作的日期：	上次工作的日期：
----------	----------

### 律師資訊

您是否有律師代表您提起此申訴？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
律師的姓名	律師的電話號碼		
律師的地址	城市	州	郵遞區號

### 受傷和歧視資訊

您是否已將受傷情況報告給了僱主？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您將受傷情況報告給的人士的姓名和職位
目前您是否在工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 全負荷工作 <input type="checkbox"/> 輕負荷工作 <input type="checkbox"/> 否	您目前是否在從事輕負荷/限制性工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您返工的日期	預計的返工日期
聲稱遭到歧視的日期	
僱主實施的行為	

您為何認為僱主實施了此行為？如您需要更多空間，請添加附頁。

列出所聲稱歧視行為之證人的姓名、地址和電話號碼。

您是否曾向任何其他機構提起過申訴？  
 是  否

如是，則您曾聯繫過哪家/哪幾家機構？

我證明，據我所知，我在此提供之資訊係真實的，如若作假，甘受偽證罪之處罰。

姓名（正楷）	簽名	日期
--------	----	----

將填妥的表格寄至：  
Department of Labor and Industries  
Investigations  
PO Box 44277  
Olympia WA 98504-4277

或傳送電子郵件至：[CSIIDComplaints@Lni.wa.gov](mailto:CSIIDComplaints@Lni.wa.gov)