

Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277

전화: 1-866-324-3310 또는 360-902-9155
이메일: CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov

위반 혐의 발생 90 일 이내에 불만을 제기해야 합니다.

Case Number (Dept. Use Only)

귀하의 권리:

RCW 51.48.025 고용주에 의한 보복 금지 - 조사 - 구제

- 어떤 고용주도 고용인이 보상이나 본 조항에 명시된 권리를 행사하려는 목적으로 클레임을 제기했거나 그러한 의도로 소통했다는 이유 때문에 해고하거나 어떤 방식으로든 차별할 수 없습니다. 그러나 이 조항의 어떠한 내용도 근로자가 고용주가 채택한 건강 또는 안전 수칙을 준수하지 않았거나 근로자의 직무 관련 사고의 빈도 또는 특성을 준수하지 않는 것을 포함하여 이에 국한되지 않고 다른 이유로 고용주가 근로자를 상대로 조치를 취하는 것을 금지하지 않습니다.
- 고용주가 이 조항을 위반하여 고용인을 해고했거나 차별했다고 생각하는 경우 해당 고용인은 **위반 혐의가 발생한 날로부터 90 일 이내에** 감독관에게 차별 혐의에 대해 불만을 제기할 수 있습니다. 감독관은 그러한 불만을 접수하고 적절하다고 판단되면 조사를 진행해야 합니다. 감독관은 본 조항에 의거하여 제기된 불만 접수로부터 **90 일 이내에** 차별에 대한 불만 제기자에게 자신의 결정을 통보해야 합니다. 그러한 조사가 이루어진 후, 본 조항을 위반했다고 판단되면, 감독관은 해당 위반 혐의가 발생한 카운티의 상급 법원에 소송을 제기해야 합니다.
- 감독관이 본 조항을 위반하지 않았다고 결정하면 고용인은 본인의 재량으로 소송을 제기할 수 있습니다.

이 조항에 따라 제기된 모든 소송에서 상급 법원은 본 조항의 하위 조항(1)에 대한 위반을 제한하고 직원의 임금 재지급 또는 복직을 포함한 모든 적절한 구제 조치를 명령할 수 있는 관할권을 가집니다.

불만 제기자 정보

불만 제기자(본인) 성명	생년월일	불만 제기 날짜	
현재 주소	시	주	우편번호
주택 전화번호	휴대폰 번호	부상 클레임 번호	부상 날짜
영어로 의사소통할 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	Labor & Industries 와의 모든 의사소통에서 귀하가 선호하는 언어는 무엇입니까?		
귀하가 선호하는 의사소통 방법은 무엇입니까? <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 이메일	현재 이메일 주소		

고용주 정보

비즈니스 이름	
비즈니스 주소	시 주 우편번호
상사의 이름	상사의 전화번호
귀하의 직책	고용주를 위해 얼마 동안 일했습니까?
여전히 고용주에게 고용되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	고용이 종료되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

마지막으로 근무한 날짜:	마지막으로 근무한 날짜:
---------------	---------------

변호사 정보

이 불만을 담당하는 변호사가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
변호사의 이름	변호사의 전화번호		
변호사의 주소	시	주	우편번호

부상 및 차별 정보

고용주에게 귀하의 부상을 보고했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	이 부상을 보고한 사람의 이름과 직책
이 시간에 직장에 출근했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 전일 근무 <input type="checkbox"/> 파트타임 근무 <input type="checkbox"/> 아니요	현재 파트타임 근무/제한을 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
직장에 복귀한 날짜	예상 직장 출근 날짜
차별 혐의 행위가 발생한 날짜	
고용주가 취한 조치	

고용주가 왜 이러한 조치를 취했다고 생각하십니까? 추가 공간이 필요하면 추가 페이지를 첨부하십시오.

차별 혐의 행위에 대한 증인의 이름, 주소와 전화번호를 기재하십시오.

다른 기관에 불만을 제기했습니까?
 예 아니요

'예'인 경우 어떤 기관에 연락했습니까?

본인은 위증죄 처벌을 감수하고 본인이 제공한 정보가 본인이 아는 한 진실임을 증명합니다.

정자체 이름	서명	날짜
--------	----	----

작성한 양식 우편 발송: Department of Labor and Industries
Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277

또는 이메일 발송: CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov