

Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277

Gọi: 1-866-324-3310 hoặc 360-902-9155
Email: CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov

Quý vị phải nộp đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 90 ngày về cáo buộc vi phạm.

Case Number (Dept. Use Only)

Các quyền của quý vị là:

RCW 51.48.025 Sự trả thù của người sử dụng lao động đã được nghiêm cấm — Cuộc điều tra — Các biện pháp khắc phục

- 1) Không một người sử dụng lao động nào có thể sa thải hoặc phân biệt đối xử bằng mọi hình thức đối với bất kỳ người lao động nào bởi vì người lao động này đã nộp đơn hoặc công khai ý định nộp đơn yêu cầu bồi thường hoặc sử dụng bất kỳ quyền nào theo tiêu đề này. Tuy nhiên, không có điều gì trong mục này ngăn cản người sử dụng lao động thực hiện bất kỳ hành động nào đối với người lao động vì các lý do khác bao gồm, nhưng không giới hạn, việc người lao động không tuân theo các tiêu chuẩn y tế hoặc an toàn do người sử dụng lao động ban hành, hoặc tần suất hay bản chất tai nạn liên quan đến việc làm của người lao động.
- 2) Bất kỳ người lao động nào cho rằng họ đã bị sa thải hoặc mặt khác bị phân biệt đối xử bởi người sử dụng lao động vi phạm mục này có thể nộp đơn khiếu nại cho giám đốc về việc cáo buộc phân biệt đối xử trong vòng **chín mươi ngày kể từ ngày cáo buộc vi phạm**. Khi nhận được đơn khiếu nại này, giám đốc sẽ thực hiện cuộc điều tra, khi giám đốc cho là phù hợp. Trong vòng chín mươi ngày kể từ khi nhận được đơn khiếu nại đã nộp theo mục này, giám đốc sẽ thông báo cho người khiếu nại biết về việc xác định của họ. Nếu theo cuộc điều tra như vậy, trường hợp này được xác định rằng mục này đã bị vi phạm, giám đốc sẽ khởi kiện tại tòa sơ thẩm của hạt mà cáo buộc vi phạm đã xảy ra.
- 3) Nếu giám đốc xác định rằng mục này đã không bị vi phạm, người lao động có thể khởi kiện cho chính họ.

Trong bất kỳ vụ kiện nào đã được đưa ra theo mục này, tòa sơ thẩm sẽ có thẩm quyền, vì lý do đã được trình bày, nhằm hạn chế các vi phạm trong tiểu mục (1) của mục này và để yêu cầu tất cả trợ giúp phù hợp bao gồm thuê mượn lại hoặc tái phục hồi cho người lao động với tiền lương trả sau.

Thông Tin Của Người Khiếu Nại

Họ Tên (Của Quý Vị) của Người Khiếu Nại		Ngày Sinh	Ngày Khiếu Nại
Địa Chỉ Hiện Tại		Thành Phố	Tiểu Bang Mã Vùng
Số Điện Thoại Nhà	Số Điện Thoại Di Động	Số Yêu Cầu Bồi Thường Chấn Thương	Ngày Chấn Thương
Quý Vị Có Nói Tiếng Anh Không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Ngôn ngữ thường dùng nào của quý vị đối với tất cả cuộc trao đổi thông tin với Bộ Lao Động & Công Nghiệp?	
Phương thức trao đổi thông tin thường dùng nào của quý vị? <input type="checkbox"/> Điện Thoại <input type="checkbox"/> Thư <input type="checkbox"/> Email		Địa Chỉ Email Hiện Tại	

Thông Tin Của Sở Làm

Tên Doanh Nghiệp	
Địa Chỉ Doanh Nghiệp	Thành Phố Tiểu Bang Mã Vùng
Tên Giám Sát Viên	Số Điện Thoại Của Giám Sát Viên
Chức Vụ Của Quý Vị	Quý vị đã làm việc cho sở làm này bao lâu?
Quý vị có còn được làm việc với sở làm này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Việc làm của quý vị đã có bị chấm dứt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Ngày Làm Việc Sau Cùng:

Ngày Làm Việc Sau Cùng:

Thông Tin Của Luật Sư

Quý vị có một luật sư đại diện cho quý vị về việc khiếu nại này không?

Có Không

Tên Luật Sư

Số Điện Thoại Của Luật Sư

Địa Chỉ Luật Sư

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Vùng

Thông Tin Chấn Thương và Phân Biệt Đối Xử

Quý vị đã có báo cáo chấn thương của quý vị cho sở làm không?

Có Không

Tên và Chức Vụ của người mà quý vị đã báo cáo chấn thương này

Quý vị có được xuất viện để đi làm vào thời điểm này không?

Có Toàn Bộ Công Việc Công Việc Nhẹ
 Không

Hiện thời, quý vị có đang làm công việc nhẹ/có các hạn chế không?

Có Không

Ngày Quý Vị Đã Trở Lại Làm Việc

Ngày Dự Kiến Xuất Viện Để Đi Làm

Ngày Cáo Buộc Hành Động Phân Biệt Đối Xử

Hành Động Được Thực Hiện bởi Sở Làm

Vì sao quý vị cho rằng sở làm đã thực hiện hành động này? Nếu quý vị cần chỗ, hãy đính kèm thêm trang.

Liệt kê tên, địa chỉ, và số điện thoại của các nhân chứng về (các) hành động phân biệt đối xử bị cáo buộc.

Quý vị đã có nộp đơn khiếu nại với bất kỳ cơ quan nào khác không?

Có Không

Nếu "Có", cơ quan/các cơ quan nào quý vị đã liên hệ?

Tôi cam kết theo hình phạt khai man trước tòa rằng thông tin đã cung cấp trong mẫu đơn này là đúng sự thật với sự hiểu biết nhất của tôi.

Viết In Tên

Chữ Ký

Ngày

**Gửi các mẫu đơn đã
hoàn tất đến:**

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

Hoặc email đến: CSIIDComplaints@Lni.wa.gov