

ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងលើការបង្ក្រាបបណ្តឹងទាមទារ

Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277

មានសំណួរ?
ទូរស័ព្ទ 1-866-324-3310 ឬ 360-902-9155
អ៊ីម៉ែល: CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov

Case Number (Dept. Use Only)

គ្មាននិយោជកណាមួយក្នុងការបង្ក្រាបបណ្តឹងទាមទារដោយធ្វើឱ្យបុគ្គលិកមិនអាចរាយការណ៍ពីការរងរបួស;
រួមបញ្ចូលបុគ្គលិកដែលត្រូវព្យាបាលការរងរបួសក្នុងពេលការងារថាជាការរងរបួសក្រៅម៉ោងការងារ;
ឬធ្វើចំណាត់ការក្នុងបែបផ្សេងដើម្បីបង្ក្រាបការទាមទារធានារ៉ាប់រងឧស្សាហកម្មដែលទទួលស្គាល់តាមច្បាប់។

ការបង្ក្រាបការទាមទារមិនរួមបញ្ចូលសុវត្ថិភាពទឹកកន្លែងធ្វើការដែលមែនទែន និងកម្មវិធីបង្ការគ្រោះថ្នាក់
ឬការផ្តល់ឱ្យរបស់និយោជកនៅទីតាំងធ្វើការនូវជំនួយបឋមដូចបានកំណត់ដោយ Department of Labor & Industries។

ប្រសិនបើនាយកកំណត់ឃើញថា និយោជកបានពាក់ព័ន្ធក្នុងការបង្ក្រាបបណ្តឹងទាមទារ ហើយជាលទ្ធផល បុគ្គលិកមិនបាន
ដាក់បណ្តឹងទាមទារសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងឧស្សាហកម្មដូចដែលបានដាក់បញ្ញត្តិដោយច្បាប់
នោះនាយកក្នុងធនធានសិទ្ធិដោយឯករាជ្យរបស់គាត់ ឬនាងអាចបោះបង់ការកំណត់ពេលសម្រាប់ការ
ដាក់បណ្តឹងទាមទារដែលបានផ្តល់ក្នុង RCW 51.28.050 បើបណ្តឹង ឬការចោទប្រកាន់
នូវការបង្ក្រាបបណ្តឹងទាមទារគឺត្រូវបានទទួលក្នុងពេលពីរឆ្នាំនៃគ្រោះថ្នាក់ឬការបង្ហាញរបស់បុគ្គលិក។
សម្រាប់នាយកក្នុងការអនុវត្តធនធានសិទ្ធិនេះ បណ្តឹងទាមទារត្រូវ
តែបានដាក់ជាមួយក្រសួងក្នុងពេលកៅសិបថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទដែល
សេចក្តីសម្រេចនៃការបង្ក្រាបបណ្តឹងទាមទារត្រូវបានចេញ។

RCW 51.28.050: គ្មានការអនុវត្តនឹងមានសុពលភាព ឬបណ្តឹងទាមទារនៅក្រោមអាចដាក់ឱ្យអនុវត្តបាន
លុះត្រាតែបានដាក់ក្នុងពេលមួយឆ្នាំបន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលបានកើតមានការរងរបួស ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងបន្ទុក ឬអ្នក
ទទួលបានត្រូវបានថែមឡើង លើកលែងដូចបានផ្តល់ក្នុង RCW 51.28.055 និង 51.28.025(5)។

ព័ត៌មានអំពីបុគ្គលិក (នរណាម្នាក់អាចជួយបុគ្គលិកក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ និងក្នុងការដាក់បណ្តឹងមួយបាន។)

ឈ្មោះពេញរបស់បុគ្គលិក	កាលបរិច្ឆេទ	
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន	លេខទូរស័ព្ទ	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប
តើអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើអ្នកជាភាសាចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទង ទាំងអស់ជាមួយផ្នែកពលកម្ម និងឧស្សាហកម្ម?	
តើអ្នកបានរងរបួស? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	លេខបណ្តឹងទាមទារការរងរបួស (បើមាន)	កាលបរិច្ឆេទនៃការរងរបួស (បើមាន)
តើអ្នកបានខកខានការងារ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើអ្នកបានត្រឡប់ទៅធ្វើការងារវិញហើយ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើការងារត្រូវបានបញ្ចប់? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកនៅតែស្ថិតក្រោមការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	កាលបរិច្ឆេទចំណាត់ការនៃការបង្ក្រាបបណ្តឹងទាមទារដែលបានចោទបានកើតឡើង

ព័ត៌មានអំពីមេធាវី (បំពេញផ្នែកនេះ បើអ្នកមានមេធាវីម្នាក់ ឬបើអ្នកឱ្យមេធាវីដាក់បណ្តឹងនេះ។)

តើអ្នកមានមេធាវីម្នាក់? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
--

ឈ្មោះរបស់មេធាវី	លេខទូរស័ព្ទរបស់មេធាវី		
អាសយដ្ឋានរបស់មេធាវី	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប

ព័ត៌មានអំពីនិយោជក

និយោជក	ឈ្មោះអាជីវកម្ម (បើខុសគ្នា)		
ប្រភេទអាជីវកម្ម	លេខទូរស័ព្ទអាជីវកម្ម		
ឈ្មោះរបស់អ្នកត្រួតពិនិត្យ	កាលបរិច្ឆេទដែលបានជួល		
នាយកដ្ឋានដែលអ្នកបានធ្វើការក្នុង	មុខតំណែងការងារ		
អាសយដ្ឋានអាជីវកម្ម			
អាសយដ្ឋានអាជីវកម្ម ជូរទី 2	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប

តើនិយោជករបស់អ្នកបាននិយាយ ឬធ្វើអ្វីខ្លះដើម្បីរារាំងអ្នកពីការដាក់បណ្តឹងទាមទារសំណងរបស់បុគ្គលិក? បើអ្នកត្រូវការចន្លោះច្រើនទៀត ចូរភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម។

បើមានសាក្សីណាមួយចំពោះទង្វើរបស់និយោជក រាយឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទរបស់ពួកគេ។

តើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងរបស់អ្នកជាមួយទីភ្នាក់ងារណាមួយដទៃដែរទេ?
 បាទ/ចាស ទេ
 បើ "បាទ/ចាស" តើទីភ្នាក់ងារ/ទីភ្នាក់ងារនានាណាមួយដែលអ្នកបានទាក់ទង?

ខ្ញុំសូមអះអាងក្រោមការដាក់ពិន័យនៃសម្បទាបំពានថា
 ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅទីនេះគឺជាការពិតតាមចំណេះដឹងដ៏ជ្រាលជ្រៅបំផុតរបស់ខ្ញុំ។

ឈ្មោះអក្សរពុម្ព ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ

ផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបំពេញរួចតាមប្រៃសណីយ៍ទៅ៖ Department of Labor and Industries
 Investigations
 PO Box 44277
 Olympia WA 98504-4277
ឬអ៊ីម៉ែលទៅ៖ CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov