

Форма жалобы на ответные действия (Закон о минимальной заработной плате и отпуске по болезни)

[Закон WAC 296-128-770](#) запрещает любые ответные действия против работников, воспользовавшихся правами, предусмотренными Законом штата Вашингтон о минимальной заработной плате (Washington Minimum Wage Act, [49.46 RCW](#)), или действующими в соответствии с нормами закона. Правами работников по Закону штата Вашингтон о минимальной заработной плате (Washington Minimum Wage Act) в части защиты от ответных действий, кроме прочего, являются: право на подачу жалобы в отношении заработной платы; право на отпуск по болезни/состоянию здоровья, право на минимальную заработную плату, право на оплату часов сверхурочного труда, право на чаевые и вознаграждения; или же право на дачу свидетельских показаний в рамках разбирательства, относящихся к пользованию любыми правами, упомянутыми в разделе [49.46 RCW](#), равно как и намерение им воспользоваться. Департамент труда и промышленности (Department of Labor & Industries) изучает жалобы на ответные действия в отношении работников за использование последними своих прав, перечисленных в разделе [49.46 RCW](#), или же действующих в соответствии с применимыми нормами.

Какие действия работодателя считаются «ответными действиями»?

Определение «ответных действий» приведено в разделе [WAC 296-128-770](#); оно включает в себя «любое неблагоприятное действие», которое ваш работодатель предпринимает или угрожает предпринять в ответ на использование вами гарантированных вам прав. Примеры таких действий:

- Отказ или задержка в начислении/выплате причитающихся средств в связи с отпуском по болезни, получаемой минимальной заработной платой, сверхурочной работой, любых чаевых и вознаграждений, а также в оплате услуг, за исключением услуг, определенных для работника как неоплачиваемые.
- Прекращение трудоустройства, отстранение от выполняемых обязанностей, понижение в должности или отказ в повышении по службе.
- Сокращение количества рабочих часов, определенных для работника календарным графиком.
- Внесение изменений в утвержденный календарный график работника.
- Сокращение ставки оплаты труда работника.
- Угроза принятия или принятие мер в связи с иммиграционным статусом работника или члена семьи работника.

Другими запрещенными действиями являются:

- Принятие или внедрение работодателем политик, которые рассматривают оплачиваемый отпуск по болезни в качестве прогула, в связи с которым могут приниматься меры дисциплинарного взыскания в отношении работника со стороны работодателя.
- Действия работодателя с целью помешать, ограничить или исключить реализацию работником своих прав, предусмотренных разделом [49.46 RCW](#).

Обратите внимание: приведенный выше перечень действий, которые могут расцениваться как «ответные», не является исчерпывающим. Другие действия, предпринятые в отношении вас в связи с реализацией вами гарантированных прав, также могут стать предметом расследования.

Жалобы об ответных действиях не принимаются в следующих случаях:

- Вы являетесь долевым собственником предприятия (в том числе семейного) или руководящим сотрудником предприятия.
- Ваша жалоба относится к неоплаченному отпуску, оплате за работу в праздничный день, оплате выходного пособия или компенсации расходов, в том числе на топливо.
- Ваша жалоба относится к необеспечению работником установленных перерывов на отдых и/или обед.

- Ваша жалоба относится к ответным действиям, предпринятым предприятием в период вашей работы за пределами штата Вашингтон на работодателя, не зарегистрированного в штате Вашингтон.
- Ваша жалоба относится к гарантированному отпуску, невыплате заработной платы или задолженности по заработной плате, преобладающей заработной плате, а также к вопросам безопасности и/или охраны труда; однако...

Департамент труда и промышленности также принимает следующие жалобы (на специальных бланках):

[Жалоба в связи с правами работника](#) (форма F700-148-000) - жалоба касается общих вопросов, связанных с заработной платой, оплачиваемым отпуском по болезни, а также с другими правами работников, не подпадающими под действие Закона о минимальной заработной плате.

[Жалоба в отношении отпуска с сохранением должности](#) (форма F700-144-000) - жалоба касается отпусков по семейным обстоятельствам, отпусков по уходу за членом семьи, отпусков для жертв бытового насилия, сексуальных домогательств и психологического преследования, отпусков для супругов военнослужащих, отпусков для пожарных-добровольцев для непосредственного исполнения ими соответствующих обязанностей.

[Жалоба в отношении преобладающей заработной платы](#) (форма F700-146-000) - жалоба касается выплаты заработной платы в связи с участием в проектах общественных работ.

Как подать жалобу относительно ответных действий:

- **Заполните и подпишите** прилагаемый бланк. Используйте дополнительный лист бумаги, если вам нужно больше места для объяснения вашей жалобы.
- Приложите любые документы, платежные ведомости, письма или другую имеющуюся у вас информацию, которая имеет отношение к вашей жалобе, включая переписку работодателя, если таковая имеется.
- Отправьте бланк по адресу: Department of Labor & Industries, Employment Standards Program, PO Box 44510, Olympia, WA 98504-4510 или принесите его лично в Департамент труда и промышленности (L&I) по адресу: 7273 Linderson Way SW, Tumwater, WA 98501-5414.
 - Важно: Если вы переезжаете или сменили номер телефона, незамедлительно сообщите нам об этом. Позвоните 360-902-5316 или 1-866-219-7321. Если Департамент не сможет связаться с вами, это может задержать расследование.
- **После получения Департаментом вашей жалобы**, она будет передана на рассмотрение специалисту по производственным отношениям. В связи с характером расследования специалист, рассматривающий вашу жалобу, должен сообщить вашему работодателю о поданной вами жалобе.

Своевременность и последующие шаги в рамках расследования:

- **Своевременность:** Департамент определит своевременность подачи вами жалобы. Работник должен подать жалобу в течение 180 дней с даты предполагаемого ответного действия. На собственное усмотрение Департамент может продлить указанный 180-дневный период на основании предусмотренных объективных условий или в объективных обстоятельствах.
- **Принятие:** В некоторых случаях перед тем, как передать вашу жалобу на рассмотрение специалисту, Департамент может затребовать от вас дополнительную информацию.

Департаменту может понадобиться достаточная информация для установления ситуации, послужившей поводом для ответного действия. Другими словами Департаменту необходимо установить факт реализации вами прав, предусмотренных разделом 49.46 RCW, в связи с чем работодатель принял против вас ответные действия. Департамент может не принять вашу жалобу, если, на основании переданной ему информации, ситуация, послужившая поводом для ответного действия, установлена/подтверждена не будет. В некоторых случаях, в частности, при наличии признаков дискриминации или репрессивных действий иного характера, Департамент может передать вашу жалобу на рассмотрение другим региональным (уровень штата) или федеральным органам.

- **Расследования:** Если ваша жалоба принята, Департамент проведет ее расследование. Специалист, которому ваша жалоба будет назначена, свяжется с вами. В отсутствие уважительных причин для продления срока рассмотрения жалобы специалист, которому назначена ваша жалоба, должен рассмотреть ее в течение 90 дней. Вам сообщат о продлении срока рассмотрения жалобы. Специалист соберет у вас, у вашего работодателя, а также у всех лиц, которые определены как лица, располагающие необходимой информацией, такую информацию. Специалист рассмотрит представленную ему информацию и определит наличие связи между реализацией ваших прав работника и принятием нежелательных для вас мер.
- **В процессе расследования:** В случае достижения взаимных договоренностей с вашим работодателем об отмене ответных мер вы можете забрать поданную жалобу. Вы также можете попросить аннулировать поданную жалобу в любой момент в процессе расследования, подав специалисту, рассматривающему вашу жалобу, соответствующее письменное заявление. Департамент, как правило, удовлетворяет добровольные прошения об отзыве жалоб.
- **После расследования:** После рассмотрения жалобы специалистом Департамент выдаст Уведомление о вынесении решения (Notice of Assessment) для вашего работодателя (при условии, что информация, поданная в поддержку вашей жалобы, будет признана достаточной для выдачи такого Уведомления), или же выдаст Вывод о соответствии (Determination of Compliance) (если подтвердить справедливость вашей жалобы с учетом всей предоставленной информации не представится возможным). Работодатель или работник могут запросить о пересмотре решения или подать апелляцию на решение Департамента.



Washington State Department of
Labor & Industries

Employment Standards Program
PO Box 44510
Olympia, WA 98504-4510

Эл. ESGeneral@Lni.wa.gov

почта:

Телефон: 360-902-5316

Форма жалобы на ответные действия (Закон о минимальной заработной плате и отпуске по болезни)

**Заполните данную форму. Работник может
использовать дополнительные страницы для
дополнительной информации.**

Данные работника		
Полное имя (имя, инициал среднего имени, фамилия)		
Адрес		
Город	Штат	Индекс
Номер домашнего телефона	Номер мобильного телефона	
Адрес эл. почты		

Альтернативное контактное лицо - нам нужна контактная информация человека, кто всегда будет знать, как связаться с вами. (Не указывайте ваши контактные данные.)	
Полное имя альтернативного контактного лица	
Номер телефона альтернативного контактного лица	Адрес электронной почты альтернативного контактного лица

Данные предприятия		
Название предприятия	Номер телефона предприятия	
Адрес предприятия		
Город	Штат	Индекс
Полное имя начальника	Номер телефона начальника	
Адрес эл. почты начальника		

Полное имя сотрудника отдела кадров	Номер телефона сотрудника отдела кадров
Адрес электронной почты сотрудника отдела кадров	

Полное имя представителя профсоюза (если применимо)

Информация от других лиц (к примеру, от других работников, которые могут знать об ответных мерах)

Какую дополнительную информацию может предоставить лицо в поддержку жалобы?

Данные об ответных мерах

ИНСТРУКЦИИ: См. лист с инструкциями, которые помогут вам ответить на следующие вопросы. Дайте письменное пояснение по каждому вопросу. Не полностью заполненная форма - причина задержек в рассмотрении жалобы.

Дата(-ы) ответных действий

Каков характер ответных или дискриминационных действий? (Отметьте все подходящие пункты)

- Увольнение
- Отстранение
- Понижение в должности
- Изменение количества рабочих часов
- Изменения в оплате
- Дисциплинарные действия / письменное предупреждение
- Негативная оценка деятельности
- Перевод

Меры или угроза принятия мер по причине:

- Статус иммигранта
- Статус иммигранта члена семьи
- Другое (объясните):

Отказ выплатить / задержка выплаты:

- Зарботной платы
- Оплаты за сверхурочную работу
- Чаевые или вознаграждение за обслуживание
- Больничные

Каким правом в соответствии с Законом о минимальной заработной плате вы воспользовались? (Отметьте все подходящие пункты)

- Подал(а) жалобу в отношении заработной платы
- Запросил(а) о выплате, по меньшей мере, по минимальной ставке заработной платы
- Запросил(а) оплату за сверхурочную работу
- Запросил(а) о выплате чаевых или вознаграждения за обслуживание
- Дал(а) показания или намереваюсь дать показания в рамках расследования на уровне Департамента

- Запросил(а) о реализации прав, начислении причитающихся средств, либо о возможности воспользоваться другими правами в связи с временной нетрудоспособностью

Даты запрос/реализации:

Кратко опишите обстоятельства принятия ответных мер.

Опишите причину, по которой, по вашему мнению, работодатель предпринял данное действие?

Была ли подана жалоба в какую-либо другую организацию? Нет Да Если «Да», укажите организации и даты подачи.

Кратко опишите, на применение каких средств защиты вы рассчитываете. Что, по вашему мнению, должно произойти в результате подачи жалобы?

Подпись

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставленная мной информация является достоверной.

Имя печатными буквами

Должность

Подпись

Дата