



Жалоба относительно отпуска с сохранением должности

For L&I use only

WA Unified Business Identifier (UBI):

CATS #:

NAICS #:

Виды отпусков с сохранением должности

! **Какие виды жалоб принимаются L&I в соответствии с законами об отпусках с сохранением должности?**
Сотрудник, работодатель которого не разрешает сотрудникам брать отпуск в соответствии с нижеуказанными законами, может подать жалобу в L&I.

В соответствии с законодательством Вашингтона о семейном уходе **Washington Family Care Act** работнику позволяет использовать оплачиваемый отпуск для ухода за больными членами семьи. Требование о приемлемости предусматривает, что, если работник работает на работодателя, имеющего политику оплачиваемого отпуска (больничный, отпуск, определенные краткосрочные планы инвалидности, предусмотренные работодателями, или другие оплачиваемые отпуска), работник имеет право выбрать оплачиваемый отпуск для предоставления ухода за больными членами семьи, которые включают следующих:

- Дети до 18 лет с состоянием здоровья, которое требует наблюдения или лечения.
- Супруг, зарегистрированный гражданский партнер, родитель, родитель супруга или бабушка и дедушка с серьезными или срочными проблемами со здоровьем.
- Взрослый сын или дочь неспособные самостоятельно заботиться о себе из-за инвалидности.

Семейное законодательство Вашингтона **Washington Family Leave Act (FLA)** охватывает определенных лиц, включая зарегистрированных гражданских партнеров, которые работают на работодателя, имеющего 50 или более сотрудников, тех сотрудников, которые отработали не менее 1250 часов в течение последних 12 месяцев. Данное законодательство также распространяется на женщин, которые имеют право на отпуск по нетрудоспособности в связи с беременностью в дополнение к 12 неделям.

Супруги военных могут взять отпуск в связи с военной командировкой. Супруги или зарегистрированные гражданские партнеры военнослужащих, которые получают уведомление о предстоящей командировке или находятся в отпуске после военной командировки в период военных конфликтов, могут брать в общей сложности 15-дневный отпуск на каждую командировку. Данный закон не распространяется на отпуск после окончания военной командировки. Сотрудник-супруг, запрашивающий такой отпуск, должен работать в среднем 20 или более часов в неделю.

Жертвы домашнего насилия, сексуального насилия или преследования могут взять отпуск. Жертвам и членам их семей разрешен разумный отпускной период от работы для получения юридической или правоохранительной помощи, медицинского лечения или консультирования.

Как подать жалобу относительно отпуска с сохранением должности:

- Заполните и подпишите прилагаемый бланк. Используйте дополнительный лист бумаги, если вам нужно больше места для объяснения вашей жалобы.
- Приложите предъявляемые документы, платежные ведомости, письма или другую имеющуюся у вас информацию о вашем запросе на отпуск, включая переписку работодателя, если таковая имеется.
- Отправьте бланк по адресу: Department of Labor & Industries, Employment Standards Program, P O Box 44510, Olympia, WA 98504-4510 или принесите его в 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. Звоните по номерам 360-902-4930 или 1-866-219-7321. Если мы не сможем связаться с вами, это может задержать расследование.

После получения вашей жалобы мы назначим агента по трудовым отношениям для расследования вашей жалобы. В связи с характером законов о защите прав на отпуск, L&I будет необходимо сообщить вашему работодателю о поданной вами жалобе.

А: Информация работника

Предпочитаемый язык (отметьте один) <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Корейский <input type="checkbox"/> Китайский <input type="checkbox"/> Вьетнамский <input type="checkbox"/> Лаосский <input type="checkbox"/> Кхмерский <input type="checkbox"/> Другой _____			
Ваше ФИО (фамилия, имя, инициал отчества) <input type="checkbox"/> Г-н <input type="checkbox"/> Г-жа <input type="checkbox"/> Мисс	Номер социального страхования	Домашний тел.: ()	Ваш мобильн. тел.: ()
Домашний адрес	Жалоба относится к данному периоду: С: _____ До: _____		Ваша заработная плата \$ _____
Город _____ Штат _____ Индекс _____	Дата начала работы на данного работодателя:	Если вы больше не трудоустроены в этой компании, укажите ваш последний день работы	
Адрес эл. почты	Вы продолжаете работать в данной компании: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Причина потери трудоустройства: <input type="checkbox"/> Уволен <input type="checkbox"/> Уволился <input type="checkbox"/> Сокращён <input type="checkbox"/> Не знаю	
Какую работу вы выполняли?			

Продолжение бланка на
обратной стороне

B: Информация работодателя

Название компании			Имя владельца компании, менеджера или руководителя		
Почтовый адрес компании			Телефон компании ()	Мобильный телефон ()	
Город	Штат	Индекс	Факс ()	Эл. почта, если известна ()	
Адрес, где вы работали, если не по указанному выше адресу			Тип компании (Например: строительство, ресторан, уборка)		
Город	Штат	Индекс	Подавала ли компания на банкротство? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю		Компания продолжает работать? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю

C: Вид запрошенного отпуска (Отметьте для определения вида жалобы)

<p>Какой вид отпуска вы запрашивали?</p> <p><input type="checkbox"/> Family Care Act (FCA) (Закон о семейном уходе)</p> <p><input type="checkbox"/> Family Leave Act (FLA) (Семейное отпускное законодательство)</p> <p><input type="checkbox"/> Отпуск для супруга или зарегистрированного гражданского партнера военнослужащего.</p> <p><input type="checkbox"/> Отпуск пожарного добровольца.</p> <p><input type="checkbox"/> Отпуск для жертвы или члена семьи жертвы домашнего насилия, сексуального насилия или преследования.</p>	<p>Предполагаемый вид нарушения в отношении отпуска:</p> <p><input type="checkbox"/> В отпуске отказано <input type="checkbox"/> Отказано в выбранном виде отпуска</p> <p><input type="checkbox"/> Дисциплинарная мера <input type="checkbox"/> Уволен за выход в отпуск</p> <p><input type="checkbox"/> Уволен за запрос отпуска <input type="checkbox"/> Не восстановлен на ту же или эквивалентную должность</p> <p><input type="checkbox"/> Ограничение или отказ в льготах</p> <p><input type="checkbox"/> Несоблюдение условий безопасности <input type="checkbox"/> Отказ в трудовой занятости</p> <p><input type="checkbox"/> Другое _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Пожалуйста, укажите следующую информацию:</p> <p>Вы запрашивали отпуск у своего работодателя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите дату _____</p> <p>В какие числа вы были в отпуске или попытались выйти в отпуск? _____</p>	
<p>Дайте подробное описание ситуации. Если вам необходимо больше места, вы можете приложить дополнительные страницы.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Приложите документы, платежные ведомости, письма или другую, имеющуюся у вас информацию, относящуюся к вашему запросу на отпуск.</i></p>	

D: Если мы не сможем связаться с вами...

! Нам нужна контактная информация человека, который всегда будет знать, как связаться с вами.
(Пожалуйста, не указывайте свой собственный адрес и номер телефона.)

Фамилия, имя вашего контактного лица			
Адрес			
Город	Штат	Индекс	Эл. почта
Домашний тел. ()	Мобильный тел. ()	Рабочий тел. ()	

E: Подпись работника
(обязательна)

Исходя из моих знаний, информация, указанная мной в этом бланке, точна и достоверна.

Подпись X	Дата
---------------------	------