

Что вам необходимо знать о подаче Формы жалобы на нарушение прав работника (Worker Rights Complaint Form)

Вы выбрали подходящую форму? Воспользуйтесь этой формой, чтобы подать жалобу на:

- Невыплаченную минимальную компенсацию.
- Невыплаченные чаевые и вознаграждения.
- Вычет денег из оплаты без вашего разрешения.
- Невозможность накопления или использования часов для оплачиваемого отпуска по болезни.
- Неоплату отпуска по болезни.
- Неполучение уведомления об оплачиваемом отпуске по болезни.
- Неоплату компенсации за проезд по платным дорогам, сборы и другие платежи.
- Непредоставление уведомления о правах.
- Непредоставление уведомления о правах на предпочтительном для вас языке.
- Неполученные квитанции для водителя.
- Неполученные еженедельные уведомления о совершенных поездках.
- Применение репрессивных мер со стороны компании-агрегатора такси.
- Другое — разъясните в Разделе C.

Если вы подаете жалобу в отношении каких-либо других нарушений, то посмотрите [Руководство по подаче жалоб](#), чтобы выбрать соответствующую форму для заполнения.

Все водители агрегаторов такси в штате Вашингтон, независимо от иммиграционного статуса, имеют законное право подачи Жалобы о нарушении прав водителя. Мы можем расследовать жалобы о невыплаченной компенсации за период до 3 лет с даты, когда оплата должна была быть получена, начиная с 1 января 2023 года. Узнайте подробнее о своих правах на www.Lni.wa.gov/TNCDrivers.

Советы по заполнению этой формы:

- Старайтесь не пропускать вопросы. Заполните форму полностью и понятным почерком. Чем больше информации вы предоставите нам, тем быстрее мы сможем помочь вам.
- Отправьте нам любую документацию, которая подкрепит вашу жалобу. Например, копии о выплате зарплаты, квитанции, подписанные соглашения, любые записанные сообщения между вами и компанией-агрегатором такси или даже ваши личные записи со списком поездок.

После того как вы подадите жалобу, мы:

- Свяжемся с вами и сообщим вам о получении вашей жалобы. Мы можем попросить вас предоставить дополнительную информацию перед тем как начать расследование.
- Свяжемся с компанией-агрегатором такси. L&I сообщит компании-агрегатору такси о том, что вы подали Жалобу на нарушение прав водителя и отправит ей копию вашей жалобы. При расследовании жалоб компании-агрегаторы такси обязаны раскрывать учтенные данные об отработанных часах и оплате, чтобы мы могли определить, причитается ли вам компенсация или оплата отпуска по болезни. Жалобы на нарушение прав водителя подлежат публичному разглашению.
- Проведем расследование по вашей жалобе. Мы вынесем решение в течение 60 дней (90 дней для жалоб на репрессивные меры) или уведомим вас, если нам потребуется дополнительное время.

Жалобы, которые мы не можем рассматривать:

- Затребованная вами компенсация или иное причиталось вам до вступления закона в силу (1 января 2023 года) или более 3 лет назад.
- Перевозка пассажиров осуществлялась полностью вне границ штата Вашингтон.

Если юрист или адвокат помогает вам разобраться с вашей жалобой, уведомите об этом агента, проводящего расследование.

Форма начнется на следующей странице.

For L&I Use Only
(Только для использования L&I)
Complaint #



Форма жалобы на нарушение прав работника (Worker Rights Complaint Form)

Employment Standards

360-902-5316 или 1-866-219-7321

Раздел А — Моя информация

Предпочтительный язык:				
<input type="checkbox"/> Английский	<input type="checkbox"/> Амхарский	<input type="checkbox"/> Арабский	<input type="checkbox"/> Упрощенный китайский	<input type="checkbox"/> Традиционный китайский
<input type="checkbox"/> Дари	<input type="checkbox"/> Французский	<input type="checkbox"/> Хинди	<input type="checkbox"/> Оромо	<input type="checkbox"/> Пенджабский
<input type="checkbox"/> Русский	<input type="checkbox"/> Сомалийский	<input type="checkbox"/> Сонинке	<input type="checkbox"/> Испанский	<input type="checkbox"/> Тигринья
<input type="checkbox"/> Вьетнамский	<input type="checkbox"/> Другой:			
Ваше имя (в точности как оно указано в удостоверении личности — имя среднее имя фамилия)				
Почтовый адрес		Город	Штат	Почтовый индекс
Номер телефона	Адрес электронной почты			
Дополнительный контакт для связи		Номер телефона дополнительного контактного лица		

Раздел В — Компания-агрегатор такси

Наименование компании

Раздел С — Подробности, подкрепляющие вашу жалобу

Дата начала вашей работы водителем на эту компанию	Когда вы в последний раз осуществляли перевозки, работая на эту компанию?
Моя жалоба действует в отношении следующего периода времени	
Начальная дата:	Конечная дата:

Отметьте все, что применимо в вашем случае:

<input type="checkbox"/> Не была выплачена минимальная компенсация	<input type="checkbox"/> Неправомерные вычеты из оплаты труда	<input type="checkbox"/> Еженедельные отчеты о совершенных поездках отсутствуют / недостоверны / неполные
<input type="checkbox"/> Невыплаченные чаевые/вознаграждения	<input type="checkbox"/> Оплачиваемый отпуск по болезни	<input type="checkbox"/> Уведомление об оплачиваемом отпуске по болезни не было получено
<input type="checkbox"/> Не была выплачена компенсация за оплату проезда по платным дорогам, сборы и другие платежи	<input type="checkbox"/> Компания не предоставила уведомление о правах или предоставила их на языке, который не является предпочтительным для меня	<input type="checkbox"/> Репрессивные меры
<input type="checkbox"/> Электронная квитанция отсутствует/недостоверна/неполна	<input type="checkbox"/> Другое:	

Для обработки вашей жалобы нам требуется информация.

Чем больше ответов вы предоставите, тем быстрее мы сможем обработать вашу жалобу.

Причитающаяся сумма компенсации / оплаты за отпуск по болезни \$	Часы работы:	количество записанных часов работы на платформе для пассажирских перевозок за этот период?
---	--------------	--

Продолжите на следующей странице

Как часто вы получили заработную плату? <input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели	
На какой день (какие дни) были запланированы выплаты компенсации / оплаты отпуска по болезни, в отношении которых вы подаете жалобу?	Получаете ли вы квитанции о получении заработной платы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю
Вы просили компанию-агрегатор выплатить вам компенсацию / оплату отпуска по болезни, но получили при этом отказ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	Если да, то в какие даты вы просили об этом?
Имеете ли вы задолженность перед компанией-агрегатором такси или имеете ли в пользовании какую-либо ее собственность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	Если вы задолжали денег, то сколько? \$
Если вы имеете задолженность перед компанией-агрегатором такси или имеете в пользовании какую-либо ее собственность, то напишите об этом подробнее. Если у вас было письменное соглашение, то департаменту L&I потребуется копия.	
Вы получили частичную оплату? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	Другие водители тоже не получили оплату? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю
Опишите нам подробно, почему вы подаете эту жалобу и какую причину неуплаты озвучила компания-агрегатор такси. Если требуется дополнительное место, приложите дополнительные листы бумаги.	

Какие относящиеся к делу записи или документы вы можете предоставить, чтобы подкрепить вашу жалобу? Вы можете либо предоставить копии ваших записей, либо отправить их позже в L&I.		
<input type="checkbox"/> Политика компании-агрегатора такси в отношении оплачиваемого отпуска по болезни	<input type="checkbox"/> Письменное разрешение на осуществление вычетов	<input type="checkbox"/> Квитанции для водителя
<input type="checkbox"/> Еженедельные уведомления о совершенных поездках	<input type="checkbox"/> Личные записи о совершенных поездках	<input type="checkbox"/> Другое:

Раздел D — подпись

- Подавая эту форму, я подтверждаю, что указанная в ней информация является точной и достоверной. Я также соглашаюсь сотрудничать с назначенным следователем по делу и отвечать на запросы. Мое имя, указанное на этой форме, является моей подписью.

Подпись (печатными буквами от руки или с помощью клавиатуры)

Дата

Следующие шаги:

- Проверьте информацию, которую вы указали в форме.** Убедитесь, что вы максимально подробно и точно изложили всю информацию. Сохраните копию для себя.
- Отправьте копию — вы можете отправить ее по почте или бросить в ящик вашего местного отделения L&I** Требуется помощь в поиске местного отделения? Посетите веб-сайт www.Lni.wa.gov/Offices.