



LE BUREAU DU WAGE-HOUR DE D.C. : FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉCLAMATION D'UN TRAVAILLEUR DOMESTIQUE

QUESTIONS PRELIMINAIRES

AVEZ-VOUS BESOIN DE TRADUCTIONS TOUT AU LONG DE L'INVESTIGATION SUR VOTRE DEMANDE DE RECLAMATION ?

OUI NON

SI OUI, QUELLE EST VOTRE LANGUE PRINCIPALE ? _____

UNE AGENCE POUR L'EMPLOI VOUS A-T-ELLE ORIENTE VERS VOTRE EMPLOYEUR ? OUI NON

DISPOSEZ-VOUS D'UN CONTRAT AVEC VOTRE EMPLOYEUR ? OUI NON SI OUI, VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE.

SECTION 1 DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

VOTRE NOM ET PRENOM : _____

4 DERNIERS CHIFFRES DE VOTRE NUMERO DE SECURITE SOCIALE : _____

ADRESSE : _____

VILLE: _____ ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____

N° DE TELEPHONE: _____ E-MAIL: _____

SECTION 2 INFORMATIONS CONCERNANT L'EMPLOYEUR

NOM ET PRENOM DE L'EMPLOYEUR : _____

ADRESSE : _____

VILLE: _____ ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____

NUMERO DE TELEPHONE PENDANT LA JOURNEE : _____ E-MAIL : _____

TRAVAILLEZ-VOUS A LA MEME ADRESSE ? OUI NON SI NON, OU ? _____

SECTION 3 INFORMATIONS SUR L'EMPLOI

DATE DE DEBUT : ____/____/____ TAUX DE REMUNERATION ACTUEL : _____ \$

PAR HEURE PAR JOUR PAR SEMAINE TOUTES LES DEUX SEMAINES

STATUT PROFESSIONNEL : JE TRAVAILLE ENCORE J'AI ETE RENVOYE(E) J'AI DEMISSIONNE MON CONTRAT DE TRAVAIL A PRIS FIN

SI RENVOI OU DEMISSION, QUAND EST-CE QUE CELA A EU LIEU ? ____/____/____

SI RENVOI OU DEMISSION, DERNIER JOUR DE TRAVAIL : ____/____/____

SI RENVOI OU DEMISSION, POURQUOI ? _____

JOURS DE TRAVAIL : DIMANCHE LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI SAMEDI

HEURE DE DEBUT : ____ DU MATIN DE L'APRES-MIDI HEURE DE FIN : ____ DU MATIN DE L'APRES-MIDI

NOMBRE TOTAL D'HEURES PAR SEMAINE : _____

PAUSE REPAS : NON OUI HEURE DE DEBUT : _____ DU MATIN DE L'APRES-MIDI

HEURE DE FIN : _____ DU MATIN DE L'APRES-MIDI

PAUSE DE REPOS : NON OUI HEURE DE DEBUT : _____ DU MATIN DE L'APRES-MIDI

HEURE DE FIN : _____ DU MATIN DE L'APRES-MIDI

PAUSE DE REPOS : NON OUI HEURE DE DEBUT : _____ DU MATIN DE L'APRES-MIDI

HEURE DE FIN : _____ DU MATIN DE L'APRES-MIDI

SECTION 4 INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES CONCERNANT L'EMPLOI

VOTRE EMPLOYEUR CONSIGNE-T-IL VOS HEURES DE TRAVAIL ? OUI, PAR ORDINATEUR/TELEPHONE OUI, SUR PAPIER NON

QUELLE EST VOTRE PERIODE DE PAIE ? JOURNALIERE HEBDOMADAIRE BIHEBDOMADAIRE MENSUELLE

JOUR DE LA DERNIERE PAIE : ____/____/____

COMMENT ETES-VOUS PAYE(E) ? ARGENT COMPTANT CHEQUE DEPOT DIRECT CARTE DE PAIEMENT

RECEVEZ-VOUS DES FICHES DE PAIE ? OUI NON

QUELLES SONT VOS FONCTIONS ? SERVICE DE GARDE D'ENFANTS A DOMICILE SERVICE DE GARDE D'ADULTES A DOMICILE

MENAGE A LA MAISON BLANCHISSERIE

PREPARATION DES REPAS ET NETTOYAGE CONDUITE AUTRE, PRECISER : _____

VOTRE EMPLOYEUR FOURNIT-IL DES REPAS ? OUI NON **VIVEZ-VOUS CHEZ VOTRE EMPLOYEUR ?** OUI NON

SI OUI, DECRIVEZ VOTRE LOGEMENT : _____

VOTRE EMPLOYEUR FOURNIT-IL DES CONGES PAYES ? OUI NON

VOTRE EMPLOYEUR FOURNIT-IL UNE ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ? OUI NON

SECTION 5 TYPE DE DEMANDE DE RECLAMATION

VOULEZ-VOUS DEPOSER UNE RECLAMATION POUR OBTENIR UN SALAIRE MINIMUM ? OUI NON SI OUI, PASSEZ A LA SECTION 6.

SOUHAITEZ-VOUS DEPOSER UNE RECLAMATION D'HEURES SUPPLEMENTAIRES OU DE SALAIRES NON PAYES ? OUI NON SI OUI, PASSEZ A LA SECTION 6.

VOULEZ-VOUS DEPOSER UNE RECLAMATION CONCERNANT DES CONGES DE MALADIE ET DE SECURITE ACCUMULES ? OUI NON SI OUI, PASSEZ A LA SECTION 7.

SOUHAITEZ-VOUS DEPOSER UNE RECLAMATION POUR REPRESAILLES ? OUI NON SI OUI, PASSEZ A LA SECTION 8.

SOUHAITEZ-VOUS DEPOSER UNE RECLAMATION POUR D'AUTRES DISPOSITIONS LIEES A VOTRE CONVENTION ? OUI NON SI OUI, QUELLE EST LA RAISON DE VOTRE RECLAMATION :

SECTION 6 DEMANDE DE RECLAMATION CONCERNANT LE SALAIRE MINIMUM/HEURES SUPPLEMENTAIRES/SALAIRES NON PAYES

QUAND AVEZ-VOUS TRAVAILLE ET N'AVEZ-VOUS PAS ETE REMUNERE ?

DATE	TAUX	HEURES	MONTANT	DATE	TAUX	HEURES	MONTANT
___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$	___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$
___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$	___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$
___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$	___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$
___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$	___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$
___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$	___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$
___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$	___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$
___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$	___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$
___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$	___/___/___ A ___/___/___	\$ X	=	_____ \$

___/___/___ A ___/___/___ _____ \$ X _____ = _____ \$

___/___/___ A ___/___/___ _____ \$ X _____ = _____ \$

___/___/___ A ___/___/___ _____ \$ X _____ = _____ \$

___/___/___ A ___/___/___ _____ \$ X _____ = _____ \$

___/___/___ A ___/___/___ _____ \$ X _____ = _____ \$

___/___/___ A ___/___/___ _____ \$ X _____ = _____ \$

MONTANT TOTAL DES SALAIRES NON PAYES _____ \$

SUITE A LA PAGE SUIVANTE

SECTION 6 DEMANDE D'HEURES SUPPLEMENTAIRES/SALAIRE MINIMUM SUITE

AVEZ-VOUS DEMANDE LE PAIEMENT DE VOS SALAIRES IMPAYES ? NON SI OUI, QUAND ? DATE ___/___/___ DATE ___/___/___
DATE ___/___/___

QUELLE RAISON VOTRE EMPLOYEUR A-T-IL DONNEE POUR NE PAS VOUS PAYER ? _____

AVEZ-VOUS ETE PAYE AVEC DES CHEQUES SANS PROVISION ? OUI NON SI OUI, FOURNIR LES DETAILS CI-DESSOUS :

CHEQUE N° ___ DATE DU CHEQUE: ___/___/___ MONTANT : _____ \$ CHEQUE N° ___ DATE DU CHEQUE : ___/___/___ MONTANT : _____ \$

CHEQUE N° ___ DATE DU CHEQUE: ___/___/___ MONTANT : _____ \$ CHEQUE N° ___ DATE DU CHEQUE : ___/___/___ MONTANT : _____ \$

MONTANT TOTAL DES CHEQUES SANS PROVISION _____ \$ ENVOYEZ UNE PHOTOCOPIE DE TOUS LES CHEQUES SANS PROVISION REÇUS DE VOTRE EMPLOYEUR.

INDIQUEZ LES AVANCES REÇUES POUR SALAIRES IMPAYES. DATE : ___/___/___ MONTANT : _____ \$ DATE ___/___/___ MONTANT : _____ \$

SECTION 7 DEMANDE DE CONGES MALADIE ET DE SECURITE ACCUMULES

À QUELLES DATES AVEZ-VOUS DEMANDE UN CONGE QUI VOUS A ETE REFUSE OU QUI N'A PAS ETE REMUNERE ?

DATE	HEURES	SALAIRE TAUX	MONTANT DEMANDE
___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____
___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____
___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____
___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____
___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____
___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____
___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____
___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____
___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____
___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____
MONTANT TOTAL RECLAME			_____ \$

COMMENT AVEZ-VOUS INFORME VOTRE EMPLOYEUR QUE VOUS SOUHAITIEZ PRENDRE UN CONGE MALADIE ? _____
SI LA DEMANDE A ETE FORMULEE PAR ECRIT, VEUILLEZ EN FOURNIR UNE COPIE.

COMMENT VOTRE EMPLOYEUR A-T-IL JUSTIFIE LE REFUS DE VOTRE CONGE ? _____

VOTRE EMPLOYEUR A-T-IL UNE POLITIQUE EN MATIERE DE CONGES DE MALADIE ? OUI SI OUI, VEUILLEZ EN FOURNIR UNE COPIE. NON

AVEZ-VOUS PRIS DES CONGES DE MALADIE DEPUIS QUE VOUS AVEZ COMMENCE A TRAVAILLER ? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LES DATES AUXQUELLES VOUS AVEZ PRIS VOTRE CONGE MALADIE :

___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

AVEZ-VOUS UTILISE DES CONGES DEPUIS QUE VOUS AVEZ COMMENCE A TRAVAILLER ? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LES DATES AUXQUELLES VOUS AVEZ PRIS VOS VACANCES :

___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

SECTION 8 RECLAMATION A LA SUITE DE REPRESAILLES

QUELS SONT LES CHANGEMENTS QUI SE SONT PRODUITS A VOTRE TRAVAIL ET QUI VOUS POUSSENT A DEPOSER UNE PLAINTE ?

FIN SUSPENSION CHANGEMENT DE CALENDRIER MENACES DEMISSION FORCEEE

AUTRE : _____

QUAND LE CHANGEMENT A-T-IL EU LIEU OU COMMENCE ? ___/___/___

QUE S'EST-IL PASSE ? _____

SECTION 9 VERIFICATION

**VOTRE RECLAMATION SERA EXAMINEE POUR UNE ACTION ADMINISTRATIVE CONFORMEMENT AU CODE DE D.C. § 32-1308.01.
DES INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES PEUVENT ETRE DEMANDEES.**

SOUS PEINE DE PARJURE, JE JURE QUE LES INFORMATIONS QUE J'AI FOURNIES SUR CE FORMULAIRE DE PLAINTE SONT VRAIES ET EXACTES. J'AUTORISE LE BUREAU DE WAGE-HOUR A COMMUNIQUER A MON EMPLOYEUR TOUTES LES INFORMATIONS CONTENUES DANS MON DOSSIER DE PLAINTE, A ENQUETER SUR MA DEMANDE ET A PRENDRE TOUTE MESURE JUGEE NECESSAIRE POUR RESOUDRE LE PROBLEME.

SIGNATURE : _____ **DATE :** __/__/____
SIGNATURE ORIGINALE REQUISE

SOUS PEINE DE PARJURE, JE CERTIFIE PAR LA PRESENTE QUE LE DEMANDEUR NOMME CI-DESSUS, QUI A BESOIN D'AIDE EN RAISON D'UN HANDICAP OU D'UNE INCAPACITE A LIRE OU A ECRIRE, M'A AUTORISE A REMPLIR CE FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT DE SALAIRE POUR LUI/ELLE. SI LE DEMANDEUR N'EST PAS EN MESURE DE SIGNER LA PRESENTE DEMANDE, J'AI INSCRIT MON NOM SUR LA LIGNE DE SIGNATURE.

SIGNATURE : _____ **DATE :** __/__/____
SIGNATURE ORIGINALE REQUISE

ENVOYEZ CE FORMULAIRE AVEC DES COPIES DE VOS PIÈCES JUSTIFICATIVES À :

owh.ask@dc.gov, ou

LE BUREAU DE WAGE-HOUR

D.C. DEPARTMENT OF EMPLOYMENT SERVICES

4058 MINNESOTA AVENUE, NE, WASHINGTON, D.C. 20019

TÉLÉPHONE : (202) 671-1880 | FAX : (202) 673-6411