



## 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
__/__/__	_____	\$ _____	\$ _____
__/__/__	_____	\$ _____	\$ _____
__/__/__	_____	\$ _____	\$ _____
__/__/__	_____	\$ _____	\$ _____
__/__/__	_____	\$ _____	\$ _____
__/__/__	_____	\$ _____	\$ _____
__/__/__	_____	\$ _____	\$ _____
__/__/__	_____	\$ _____	\$ _____
__/__/__	_____	\$ _____	\$ _____
__/__/__	_____	\$ _____	\$ _____
<b>MONTANT TOTAL RECLAME</b>			_____ \$

**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



**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](mailto: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**