

رجاء قراءة هذه التعليمات بعناية قبل تقديم مطالبة متعلقة بالأجور وساعات العمل

ملحوظة: إن تقديم المطالبة لا يضمن حصولكم على أية مدفوعات أو الحكم لصالحكم.

يمكن تقديم المطالبات المتعلقة بالأجور وساعات العمل عبر شبكة الإنترنت (مفضل) أو عن طريق الفاكس أو البريد أو حتى شخصياً:

www.michigan.gov/wageclaim

517-763-0110

بريدياً على العنوان التالي: P.O. Box 30476, Lansing, MI 48909-7976

شخصياً: من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحاً إلى 5 مساءً في مواقع المكاتب التالية:

530 W. Allegan St., Lansing, MI 48933

530 شارع غرب أليجان، لانسنج، ولاية ميشيغان، 48933

3026 W. Grand Blvd., Suite 9-450, Detroit, MI 48202

3026 جادة غرب جراند، مكتب رقم 9-450، ديترويت، ولاية ميشيغان، 48202

يرجى استكمال النموذج الخاص بالشكاوى المتعلقة بالأجور والمزايا الوظيفية وتزويدنا بالمعلومات المطلوبة أدناه:

1. اسمك وعنوانك البريدي بالكامل ورقم هاتفك، بالإضافة إلى

2. الاسم الكامل والعنوان البريدي لصاحب العمل، ذلك مع

3. إعلاننا بسبب تقديمك للمطالبة، بما يتضمن الفترة التي تغطيها تلك الأخيرة و المبلغ الإجمالي المطالب به في كل ادعاء/شكوى.

4. من فضلك، قم بتضمين نسخ من المستندات لدعم مطالبتك/شكواك (على سبيل المثال: عقد العمل، الاتفاقية الخاصة بالأجور، الاتفاقية الخاصة بالمفاوضة

الجماعية، بيانات العمولات، الفواتير، سجلات تسجيل الوقت، قائمة بساعات العمل، نماذج W-2S، كعوب/أرومات الشيكات، سياسة خطية تتعلق بالمزايا

الوظيفية الإضافية أو عقد ينص على الأجور التي يتم تقاضيها في فترات الإجازات والمرض والعطلات وفترات الإجازات المدفوعة الأجر والمكافآت

والمصاريف المستردة).

قد يتم رفض مطالبتك/شكواك أو إعادتها في حالة:

5. عدم قيامك بتأدية العمل المعني في ولاية ميشيغان.

6. تقديم صاحب العمل بطلب لإعلان إفلاسه، أو في حالة إشهار إفلاسه. (إذا كان الأمر كذلك، فاتصل بالمحكمة المختصة بطلبات إشهار

الإفلاس).

7. عدم تقديمك للاس التجاري الكامل والعنوان البريدي الخاصين بصاحب العمل.

8. كون شكواك/مطالبتك غير مكتملة أو تفنقر إلى المعلومات أو المستندات الداعمة.

أنواع المطالبات/الشكاوى:

الإجازات الطبية المدفوعة الأجر

9. لا تقدم مطالبة/شكوى تزع من خلالها حدوث انتهاك متعلق بالإجازات الطبية المدفوعة الأجر، إذا كان تاريخ الانتهاك المزعم قد تجاوز الحد

الأقصى لنظام التقادم الذي يبلغ 6 أشهر.

10. يُرجى تقديم شرح كتابي للانتهاك المزعم، مع تحديد الفترة المطالب بها، حتى إذا كانت المطالبة/الشكوى غير نقدية، كالحرمات من استخدام

الإجازة الطبية المدفوعة، على سبيل المثال.

المدفوعات الخاصة بالأجور والمزايا الوظيفية الإضافية

11. لا تقدم مطالبة/شكوى تزع من خلالها حدوث انتهاك متعلق بالأجور أو المزايا الوظيفية الإضافية، إذا كان تاريخ الانتهاك المزعم قد تجاوز

الحد الأقصى لنظام التقادم الذي يبلغ 12 شهر.

12. لا تقدم مطالبة/شكوى إذا كنت قد رفعت دعوى ضد صاحب العمل تخص نفس الادعاءات المتعلقة بالأجور أو المزايا الوظيفية الإضافية.

13. مهم: قد تمنع الشكاوى المقدمة بموجب قانون دفع الأجور والمزايا الوظيفية الإضافية PA 390، لعام 1978، بصيغته المعدلة، من السعي

خلف تدبير بديل عبر اتباع إجراء مختلف (على سبيل المثال: المحكمة).

الحد الأدنى للأجور وساعات العمل الإضافية

14. لا تقدم مطالبة/شكوى تزع من خلالها حدوث انتهاك متعلق بالحد الأدنى للأجور أو ساعات العمل الإضافية، إذا كان تاريخ الانتهاك المزعم

قد تجاوز الحد الأقصى لنظام التقادم الذي يبلغ 3 سنوات.

عملية التحقيق في الشكوى:

15. بمجرد تقديمك لمطالبتك/شكواك، سيتم تعيين محقق لمراجعتها للتأكد من اكتمالها وتحديد ما إذا كانت الشكوى تقع ضمن صلاحيات اختصاص

القسم. إذا كانت الشكوى من اختصاصنا، فسيتم إخطار الأطراف المعنية - عن طريق البريد - بفتح المطالبة/الشكوى وإجراء التحقيق فيها. أما

إذا كانت الشكوى تقع خارج نطاق اختصاصنا، فقد يتم رفض المطالبة.

16. يقوم المحققون بمعالجة المطالبات/الشكاوى على أساس مبدأ أولوية الخروج بأسبقية الدخول، وفقاً للتناوب بحسب عدد الحالات التي يتعاملون

معها.

17. يعتمد الوقت اللازم لاستكمال التحقيق على عدة عوامل بما في ذلك تعاون الأطراف ومدى تعقيد المطالبة/الشكوى.

18. سيتم الاتصال بالطرفين في حالة الاستفسار عن أية معلومات إضافية قد تكون مطلوبة وعند الانتهاء من التحقيق.

يجب عليك إخطار القسم على الفور في حالة:

19. تلفيك لأية مدفوعات من صاحب العمل تتعلق بمطالبتك/شكواك.

20. قيامك بتغيير عنوانك، حيث لا يمكن للقسم إرسال أية مدفوعات إليك دون معرفة عنوانك الحالي.

21. قيامك بتغيير رقم الاتصال الخاص بك / رقم هاتفك النقال.

قد يؤدي عدم الإبلاغ عن هذه المعلومات في الوقت المناسب إلى تأخير في عملية سير التحقيقات، أو إيقاف أية مدفوعات متعلقة بمطالبتك/شكواك.

رقم المطالبة/الشكوى: هام: إذا قمت بتقديم هذه الشكوى بموجب قانون PA 390 ، لعام 1978، فأنت بذلك تختار تدبير قد يمنعك من السعي لتقديم نفس المطالبة/الشكوى عبر اتباع إجراء مختلف		الشكاوى المتعلقة بالأجور والمزايا الوظيفية قسم التراخيص والشؤون التنظيمية بولاية ميشيغان قسم الأجور وساعات العمل	
إن LARA عبارة عن برنامج / صاحب عمل متكافئ الفرص. تتوفر المساعدات والخدمات والتجهيزات الأخرى المعقولة، عند الطلب، للأفراد الذين يعانون من إعاقة، وذلك بغرض تحقيق قابلية الوصول، بموجب قانون الولاية والقانون الاتحادي. يُرجى الاتصال برقم 7800-284-517، لإبلاغ هذه الوكالة باحتياجاتك.		السلطنة: قانون PA 390 لعام 1978 وقانون PA 138 لعام 2014 وقانوني PA 337 و PA 338 لعام 2018 الإكمال: طوعي العقوبة: لا شيء	
المعلومات الخاصة بالموظف. من فضلك قم بكتابة			
الأربعة أرقام الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي: تاريخ الميلاد: المقاطعة: رقم الهاتف المتاح صباحاً:		اسم العائلة والاسم الشخصي وأول حرف من الاسم الأوسط العنوان (رقم الشارع واسمه): المدينة والولاية والرمز البريدي: رقم الهاتف الأساسي: عنوان البريد الإلكتروني:	
معلومات الاتصال الخاصة بشخص يستطيع الوصول إليك على الدوام:			
عنوان مكان عملك السابق (رقم الشارع واسمه):			
المقاطعة:		المدينة والولاية والرمز البريدي:	
تاريخ آخر يوم عمل (الشهر/اليوم/السنة):		تاريخ بدء العمل (الشهر/اليوم/السنة):	
ماذا كان معدل تواتر حصولك على أجرِك في عملك السابق؟ <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> نصف أسبوعي <input type="checkbox"/> أسبوعياً		الحالة الوظيفية: <input type="checkbox"/> لا تزال تعمل <input type="checkbox"/> تم تسريحك من العمل <input type="checkbox"/> قمت بتقديم استقالتك	
السعر بالقطعة /آخر \$	العمولة \$	الراتب \$	في الساعة \$ قم بإدراج أجرِك. قدم نسخة من كعب/أرومة الشبك الخاص بك.
ماذا كان / ما هو المسمى الوظيفي الخاص بك؟ في حالة كونك موظفًا، ما هو عدد الأيام/الساعات التي كان مطلوب منك العمل خلالها عن كل أسبوع أو فترة دفع؟			
نوع العمل التجاري (إذا كان معروفًا):		اسم المنشأة التجارية:	
عنوان محل العمل (رقم الشارع واسمه):			
المقاطعة:		المدينة والولاية والرمز البريدي:	
عنوان البريد الإلكتروني/الموقع الإلكتروني الخاص بصاحب العمل (إذا كان معروفًا):		رقم الهاتف:	رقم الفاكس:
اذكر العدد التقريبي للموظفين:		اسم الشخص المسؤول عن عمليات التشغيل اليومية:	

هل كان عملك يحكمه أكثر من صاحب عمل واحد؟ إذا كان الأمر كذلك، فأدرج أدناه اسم صاحب العمل الإضافي والعنوان والمدينة والولاية والرمز البريدي ورقم الهاتف، أو قم بإلحاق ورقة إضافية تتضمن تلك المعلومات .

WHD-9430 (2/19)

قد تتم إعادة هذه المطالبة/الشكوى إذا لم تشتمل على المبلغ المُطالب به وفترة المطالبة.
ملحوظة: إن تقديم مطالبة لا يضمن حصولكم على أية مدفوعات أو الحكم لصالحكم.

يُرجى تقديم مستندات لدعم مطالبتك/شكواك، على سبيل المثال: كعوب/أرومات المدفوعات/الرواتب والجدول الزمنية والسياسات الخطية، إلخ.

سبب تقديمك لهذه المطالبة/الشكوى	فترة المطالبة شهر / يوم / سنة إلى شهر / يوم / سنة	قم بحساب المبلغ المطالب به لكل اختيار قم بإرفاق أوراق إضافية، إذا لزم الأمر	المبلغ المُطالب به
الأجور		مثال: الأجر بالساعة = 80 ساعة × 10.00 دولارات/ الساعة.	800.00 دولار
في الساعة			
الراتب			
العمولات (قدم قائمة بالعمولات)			
السعر بالقطعة /آخر			
الاستقطاعات غير المصرح بها			
المزايا الوظيفية الإضافية (قم بتقديم سياسة خطية أو عقد مكتوب)		مثال: الإجازة المدفوعة الأجر = 80 ساعة × 10.00 دولارات / ساعة.	800.00 دولار
الإجازات المدفوعة الأجر			
الإجازات المدفوعة الأجر			
العطلات المدفوعة الأجر			
الإجازات المرضية المدفوعة الأجر			
المصاريف المستردة (قدم قائمة بالمصاريف)			
المكافآت (قدم قائمة بنوع المكافأة)			
الإجازات الطبية المدفوعة الأجر		مثال: الإجازة الطبية = 80 ساعة × 10.00 دولارات / الساعة.	800.00 دولار
الحد الأدنى للأجور		مثال: الحد الأدنى للأجور = 40 ساعة × 9.45 دولار / ساعة.	378.00 دولار
ساعات العمل الإضافية		مثال: ساعات العمل الإضافية = 100 ساعة عمل إضافية × 15 دولار / ساعة عمل إضافية.	1500.00 دولار
إجمالي المبلغ المُطالب به (قبل الاستقطاعات الضريبية)			\$
هل أنت بصدد تقديم شكوى لأن صاحب العمل لم يسمح لك باستخدام إجازة طبية مدفوعة؟ إذا أجبت بنعم، فيرجى ذكر التواريخ التي لم يُسمح لك خلالها باستخدام إجازتك:			
هل أنت بصدد تقديم شكوى بخصوص كعوب/أرومات المدفوعات أو بيانات الأجر التي لم تتلقاها؟ إذا أجبت بنعم، فيرجى ذكر التواريخ التي لم تتلق خلالها كعب/أرومة المدفوعات أو بيان الأجر:			
رجاء الإجابة على ما يلي			

	نعم	لا
هل قمت برفع دعوى ضد صاحب العمل بشأن المزاем المدرجة في هذه المطالبة/الشكوى؟		
إذا كانت المطالبة تخص المزايا الوظيفية الإضافية، فهل كانت هناك سياسة خطية متبعة أو عقد مكتوب ساري المفعول أثناء فترة عملك؟ إذا أجبت بنعم، فُرجى تقديم نسخة من السياسة الخطية أو العقد المكتوب.		
هل تحقق الشركة أرباحًا تتجاوز 500000 دولار في السنة، أو تقوم بنقل بضائع خارج حدود ولاية ميشيغان؟		
هل كان عملك يغطيه عقد اتحادي؟ إذا أجبت بنعم، فُرجى تقديم نسخة من العقد.		

<p>إقرار: أشهد أنا، على حد علمي واعتقادي، بصحة المزاعم الخاصة بالأجور و / أو المزايا الوظيفية الإضافية المستحقة لي، والمبينة في هذه الوثيقة. سأقوم بإبلاغ القسم في أي من الحالات التالية: تغيير الاسم و / أو العنوان و / أو رقم الهاتف الخاص بي و / أو بصاحب العمل أو في حالة حصولي على مبلغ مباشرة و / أو تسوية المطالبة/الشكوى.</p>	
التاريخ:	توقيع صاحب الشكوى:

WHD-9430 (2/19)