

带薪休假 (“PL”) 投诉表

FOR OFFICIAL USE ONLY

CASE NO. # \_\_\_\_\_

DATE REC'D: \_\_\_\_\_

库克县

人权委员会

雇员/投诉人姓名	电话	投诉人电子邮箱
----------	----	---------

街道地址	城市	州	邮政编码
------	----	---	------

雇主/被投诉人姓名	电话	被投诉人电子邮箱
-----------	----	----------

街道地址	城市	州	邮政编码
------	----	---	------

1. 投诉类型 (请勾选所有适用项)

- 未按条例要求提供所有带薪休假小时数
- 未按条例要求允许使用带薪休假
- 未对带薪休假的使用进行适当补偿
- 未告知带薪休假的权利
- 未遵守《雇员接种 COVID-19 疫苗权利和雇主义务条例》(COVID-19 VACCINATION RIGHTS FOR EMPLOYEES AND EMPLOYER OBLIGATIONS ORDINANCE) 的规定
- 报复行为  收到条例禁止的其他行为

2. 累计期间：从 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_。

日/月/年      日/月/年

3. 雇主在累计期间给予的带薪休假小时数： \_\_\_\_\_

4. 雇员在累计期间使用的带薪休假小时数： \_\_\_\_\_

5. 累计期间在库克县为雇主工作的小时数： \_\_\_\_\_

6. 为雇主工作的地点 (例如公司/工作场所地址)：

---

---

---

(如需额外页面以填写工作时间、日期范围或工作地点, 请另附纸张)

如果您代表投诉人填写本表 (即律师或代理人), 请在下栏注明您的姓名和联系方式:

带薪休假 (“PL”) 投诉表

**FOR OFFICIAL USE ONLY**

**CASE NO. #** \_\_\_\_\_

**DATE REC'D:** \_\_\_\_\_

(请务必提供事实，说明您和您的雇主受到该条例管辖的理由。详细解释您的雇主如何违反该条例。请将每一项指控单独编号分段。请附上下述文件。)

**6. 为您的投诉提供证据的事实：** (如需额外页面，请另附纸张。)

在本投诉表中附上任何证明您的主张的文件 (例如薪水支票、工资条、直接存款收据、W-2 表格、1099 表格、工作时间表、福利表，等)。

尽快向委员会提供能够证实您的主张的任何证人姓名和联系方式。

本人证明，据本人所知所信，此投诉书中包含的所有信息均真实无误。如有违反，将接受法律惩罚。

\_\_\_\_\_  
投诉人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
代表人签名 (如适用)

\_\_\_\_\_  
日期