

FORMULARZ SKARGI DOTYCZĄCEJ PŁATNEGO URLOPU (PAID LEAVE, „PL”)

FOR OFFICIAL USE ONLY

CASE NO. # _____

DATE REC'D: _____

RADA OKRĘGU COOK
DS. PRAW CZŁOWIEKA

IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA / OSOBY SKŁADAJĄCEJ SKARGĘ	TELEFON	ADRES E-MAIL OSOBY SKŁADAJĄCEJ SKARGĘ	

ULICA	MIEJSCOWOŚĆ	STAN	KOD POCZTOWY

IMIĘ I NAZWISKO PRACODAWCY / OSOBY ODPOWIADAJĄCEJ	TELEFON	ADRES E-MAIL OSOBY ODPOWIADAJĄCEJ	

ULICA	MIEJSCOWOŚĆ	STAN	KOD POCZTOWY

1. RODZAJ SKARGI (Zaznaczyć wszystkie pasujące opcje)

- BRAK PRYZNANIA WSZYSTKICH NALEŻNYCH GODZIN PŁATNEGO URLOPU ZGODNIE Z ROZPORZĄDZENIEM
- BRAK POZWOLENIA NA WYKORZYSTANIE NAGROMADZONEGO PŁATNEGO URLOPU ZGODNIE Z ROZPORZĄDZENIEM
- BRAK WYPŁATY NALEŻNEGO WYNAGRODZENIA ZA WYKORZYSTANY PŁATNY URLOP
- BRAK POWIADOMIENIA O PRAWIE DO PŁATNEGO URLOPU
- BRAK SPEŁNIENIA WYMOGÓW DOTYCZĄCYCH PRAWA PRACOWNIKÓW W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ PRZECIWKO WIRUSOWI COVID-19 ORAZ ROZPORZĄDZENIA W ZAKRESIE OBOWIĄZKÓW PRACODAWCY
- DZIAŁANIA ODWETOWE INNE DZIAŁANIA ZABRONIONE PRZEZ ROZPORZĄDZENIE _____

2. OKRES GROMADZENIA DNI URLOPOWYCH: od _____ do _____.
dd/mm/rrrr dd/mm/rrrr

3. LICZBA GODZIN PRYZNANYCH PRZEZ PRACODAWCĘ W RAMACH OKRESU GROMADZENIA DNI URLOPOWYCH: _____

4. LICZBA GODZIN PŁATNEGO URLOPU WYKORZYSTANYCH PRZEZ PRACOWNIKA W RAMACH OKRESU GROMADZENIA DNI URLOPOWYCH: _____

5. LICZBA GODZIN PRZEPRACOWANYCH NA RZECZ PRACODAWCY Z OKRĘGU COOK W OKRESIE GROMADZENIA DNI URLOPOWYCH: _____

6. MIEJSCE WYKONYWANIA PRACY NA RZECZ PRACODAWCY (np. adres placówki biznesowej lub miejsca pracy):

(Należy dołączyć dodatkowe arkusze, jeśli potrzebne jest dodatkowe miejsce, aby dodać wyjaśnienia dotyczące przepracowanych godzin, zakresy dat lub lokalizacje miejsca pracy).

Jeśli jesteś przedstawicielem (adwokatem lub agentem) wypełniającym ten formularz w imieniu Osoby składającej skargę, podaj swoje imię i nazwisko oraz dane kontaktowe w poniższym polu:

FORMULARZ SKARGI DOTYCZĄCEJ PŁATNEGO URLOPU (PAID LEAVE, „PL”)

FOR OFFICIAL USE ONLY

CASE NO. # _____

DATE REC'D: _____

(Pamiętaj, aby podać fakty wyjaśniające, dlaczego Ty i Twój pracodawca jesteście objęci Rozporządzeniem. Wyjaśnij szczegółowo, w jaki sposób pracodawca naruszył Rozporządzenie. Każdy zarzut należy ująć w osobnym ponumerowanym akapicie. Załącz dokumenty zgodnie z opisem poniżej).

6. FAKTY NA POPARCIE SKARGI: (Dołącz dodatkowe arkusze, jeśli potrzebne jest dodatkowe miejsce).

Do niniejszej skargi należy dołączyć wszelkie dokumenty potwierdzające roszczenie (*np.* czek z wypłatami, odcinki wypłat, pokwitowania wpłat bezpośrednich, formularze W-2, 1099, harmonogramy pracy, harmonogramy świadczeń *itd.*).

Przekaż Radzie imiona i nazwiska oraz dane kontaktowe wszystkich świadków, którzy mogą potwierdzić Twoje roszczenie możliwie jak najszybciej.

Pod groźbą kary zaświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszej skardze są prawdziwe i dokładne zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem.

Podpis osoby składającej skargę

Data

Podpis przedstawiciela (jeśli dotyczy)

Data