



CITY OF CHICAGO  
DEPARTMENT OF BUSINESS AFFAIRS  
AND CONSUMER PROTECTION  
121 N. LaSalle St., Room 805  
Chicago, IL 60602  
Tel. 312-744-2211  
www.chicago.gov/laborstandards

OFFICE USE

Date Received: \_\_\_\_\_

Processed By: \_\_\_\_\_

CSR#: \_\_\_\_\_

# BIURO NORM PRACY FORMULARZ ZAŻALENIA

## INSTRUKCJA

- Proszę w miarę możliwości wypełnić cały formularz
- Proszę podpisać i umieścić datę na formularzu
- Po otrzymaniu formularza Biuro Norm Pracy (Office of Labor Standards) skontaktuje się z Panem/Panią w celu przeprowadzenia rozmowy i zebrania dodatkowych informacji

## INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAŻALENIA

W jakim języku chce Pan/Pani się z nami kontaktować? \_\_\_\_\_

Nazwa firmy: \_\_\_\_\_

Rodzaj działalności: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_  
Miasto Stan Kod pocztowy

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Czego dotyczy Pana/Pani zażalenie? (proszę zaznaczyć wszystkie pola, które Pana/Pani dotyczą)

[Płaca minimalna](#)

[Uczciwy tydzień pracy \(układanie grafiku\)](#)

[Płatne zwolnienie chorobowe](#)

[Zakaz podejmowania działań odwetowych \(działania odwetowe związane z COVID-19\)](#)

Proszę sformułować zażalenie

PRZEJDŹ DO NASTĘPNEJ STRONY

(NASTĘPNA STRONA MUSI BYĆ WYPEŁNIONA I PODPISANA)

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY SKŁADAJĄCEJ ZAŻALENIE**

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

Wykonywana praca \_\_\_\_\_

Czy jest Pan/Pani niezależnym wykonawcą? \_\_\_\_\_

Ile osób pracuje wspólnie z Panem/Panią dla Pana/Pani pracodawcy? \_\_\_\_\_

Czy jest Pan/Pani członkiem związku zawodowego? \_\_\_\_\_

**Dodatkowe pytania dotyczące uczciwego tygodnia pracy (układania grafiku).**

Czy wykonuje Pan/Pani większość swoich obowiązków pracowniczych w sektorze budowlanym, hotelarskim, służby zdrowia, produkcji, usług magazynowych, handlu detalicznego lub restauracyjnym?  Tak  Nie

Ile zarabia Pan/Pani na godzinę (lub jaką pensję Pan/Pani otrzymuje)? \_\_\_\_\_

Można podać inną osobę kontaktową, jeśli nie będziemy w stanie się z Panem/Panią skontaktować.

Imię i nazwisko innej osoby kontaktowej: \_\_\_\_\_

Rodzaj relacji z inną osobą kontaktową: \_\_\_\_\_

Numer telefonu innej osoby kontaktowej: \_\_\_\_\_

Adres e-mail innej osoby kontaktowej: \_\_\_\_\_

**PRZED PODPISANIEM PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ Z PONIŻSZĄ INFORMACJĄ:**

Wydział ds. gospodarki i ochrony praw konsumentów (Department of Business Affairs and Consumer Protection) egzekwuje przepisy określone w Kodeksie miasta Chicago (City of Chicago Municipal Code) w celu ochrony konsumentów i przedsiębiorstw przed nieuczciwymi i wprowadzającymi w błąd praktykami. Rozumiem, że w razie jakichkolwiek pytań dotyczących tego zażalenia i moich praw należy skontaktować się ze swoim prawnikiem. Potwierdzam, że powyższe informacje są prawdziwe i dokładne zgodnie z moją wiedzą.

Podpis elektroniczny jest tak samo skuteczny jak podpis odręczny dla celów prawnych, wykonalności i dopuszczalności.

\_\_\_\_\_  
Podpis\_\_\_\_\_  
Data**PROSZĘ WYSLAĆ POCZTĄ, WIADOMOŚCIĄ E-MAIL LUB FAKSEM:**

Formularz można wysłać na adres: Department of Business Affairs and Consumer Protection (BACP)  
Attn: Office of Labor Standards  
121 N. LaSalle St., Room 805  
Chicago, IL 60602

**lub**Wiadomością e-mail: [BACPlaborstandards@cityofchicago.org](mailto:BACPlaborstandards@cityofchicago.org)**lub**

Faks: 312.743.1841

*Uwaga: W przypadku wysyłania formularza faksem proszę dołączyć stronę tytułową*