

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 شخصيًا:

www.michigan.gov/wageclaim

517-763-0110

عبر شبكة الإنترنت على الموقع التالي:

عبر الفاكس على الرقم التالي:

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

READ THESE INSTRUCTIONS CAREFULLY BEFORE FILING A WAGE AND HOUR CLAIM

NOTE: Filing a claim does not guarantee payment or a finding in your favor. Wage

and Hour Claims can be filed Online (preferred), by Fax, by Mail or in Person: Online:

www.michigan.gov/wageclaim

By Fax: 517-763-0110

By Mail: P.O. Box 30476, Lansing, MI 48909-7976

In Person: Monday through Friday, 8am to 5pm at the following office locations:

- 530 W. Allegan St., Lansing, MI 48933
- 3026 W. Grand Blvd., Suite 9-450, Detroit, MI 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).

COMPLETE THE WAGE AND BENEFIT COMPLAINT FORM AND PROVIDE THE BELOW INFORMATION:

1. Your name, complete mailing address, and telephone number, **and**
2. The complete name and mailing address of your employer, **and**
3. Your reason for filing the claim **including** the period claimed **and** total amount claimed for **each** allegation.
4. Include copies of documents to support your claim (e.g., *employment contract, wage agreement, collective bargaining agreement, commission statements, invoices, time records, list of hours worked, W-2s, check stubs, written fringe benefit policy or contract regarding vacation pay, sick pay, holiday pay, paid time off, bonus, expense reimbursement*).

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 للاسم التجاري الكامل والعنوان البريدي الخاصين بصاحب العمل.
8. كون شكواك/مطالبتك غير مكتملة أو تفتقر إلى المعلومات أو المستندات الداعمة.

YOUR COMPLAINT MAY BE DISMISSED OR RETURNED IF:

5. You did not perform work in Michigan.
6. Your employer has filed bankruptcy or has been determined bankrupt. (If so, contact the bankruptcy court.)
7. You did not provide a complete business name and mailing address for the employer.
8. It is incomplete or lacking supporting information or documents.

CLAIM TYPES:

الإجازات الطبية المدفوعة الأجر

9. لا تقدم مطالبة/شكوى تزعم 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.

Paid Medical Leave

9. Do not file a claim alleging a violation of paid medical leave if the date of the alleged violation occurred beyond the **6-month statute of limitations period**.
10. Please provide written explanation of the alleged violation, with the period claimed, even if the claim is nonmonetary, such as denial of paid medical leave use.

المدفوعات الخاصة بالأجور والمزايا الوظيفية الإضافية

11. لا تقدم مطالبة/شكوى تزعم 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 تمنعك 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).

Payment of Wages and Fringe Benefits

11. Do not file a claim alleging nonpayment of wages and/or fringe benefits if the date of the alleged violation occurred beyond the **12-month statute of limitations period**.
12. Do not file a claim if you have filed a lawsuit against the employer for the same wage or fringe benefit allegations.
13. **IMPORTANT:** Complaints filed under the Payment of Wages and Fringe Benefits Act, 1978 PA 390, as amended, may prevent you from pursuing an alternative remedy through a different action (e.g., court).

الحد الأدنى للأجور وساعات العمل الإضافية

14. لا تقدم مطالبة/شكوى تزعم 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.

Minimum Wage and Overtime

14. Do not file a claim alleging nonpayment of minimum wage or overtime wages if the date of the alleged violation occurred beyond the **3-year statute of limitations period**.

عملية التحقيق في الشكاوى:

15. بمجرد تقديمك لمطالبتك/شكاوك، سيتم تعيين محقق لمراجعتها للتأكد من اكتمالها وتحديد ما إذا كانت الشكاوى تقع ضمن صلاحيات اختصاص القسم. إذا كانت الشكاوى من اختصاصنا، فسيتم إخطار الأطراف المعنية - عن طريق البريد - بفتح المطالبة/الشكاوى وإجراء التحقيق فيها. أما إذا كانت الشكاوى 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/الشكاوى.
18. سيتم الاتصال بالطرفين في حالة الاستفسار عن أية معلومات إضافية قد تكون مطلوبة وعند الانتهاء من التحقيق.

INVESTIGATION PROCESS:

15. Once filed, your claim will be assigned an investigator to review for completeness and determine if the claim is within the division's jurisdiction. If within our jurisdiction, the parties will be notified by mail that the claim has been opened and is being investigated. If outside our jurisdiction, the claim may be dismissed.
16. Investigators process claims on a first-in, first-out basis in accordance with the rotation on their caseload.
17. The time required to complete an investigation depends on various factors including the parties' cooperation and the complexity of the claim.
18. The parties will be contacted if additional information is required and upon conclusion of the investigation.

- يجب عليك إخطار القسم على الفور في حالة:
19. تلقيك 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.

YOU MUST PROMPTLY NOTIFY THE DIVISION IF:

19. You receive any payment from the employer regarding your claim.
20. You change your address, the division cannot mail any payments to you without your current address.
21. You change your contact telephone/cell phone number.

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

Failure to timely report this information may delay investigation or stop any payments on your claim.

الشكاوى المتعلقة بالأجور والمزايا الوظيفية

WAGE AND BENEFIT COMPLAINT

قسم التراخيص والشؤون التنظيمية بولاية ميشيغان

MICHIGAN DEPARTMENT OF LABOR AND ECONOMIC OPPORTUNITY

قسم الأجور وساعات العمل

WAGE AND HOUR DIVISION

رقم المطالبة/الشكوى:

CLAIM NUMBER:

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

IMPORTANT: IF FILING THIS COMPLAINT UNDER 1978 PA 390, YOU ARE ELECTING A REMEDY WHICH MAY PREVENT YOU FROM PURSUING THIS CLAIM ELSEWHERE.

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. يرجى الاتصال برقم 517-284-7800، لإبلاغ هذه الوكالة باحتياجاتك.

LEO IS AN EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER/PROGRAM. AUXILIARY AIDS, SERVICES AND OTHER REASONABLE ACCOMMODATIONS ARE AVAILABLE, UPON REQUEST, TO INDIVIDUALS WITH DISABILITIES FOR THE PURPOSE OF ACCESSIBILITY UNDER STATE AND FEDERAL LAW. PLEASE CALL 517-284-7800 TO MAKE YOUR NEEDS KNOWN TO THIS AGENCY.

السلطة: قانون PA 390 لعام 1978 وقانون PA 138 لعام 2014 وقانون PA 337 و PA 338 لعام 2018

الإكمال: طوعي

العقوبة: لا شيء

AUTHORITY: 1978 PA 390, 2014 PA 138, 2018 PA 337 AND PA 338

COMPLETION: VOLUNTARY

PENALTY: NONE

عنوان الشارع:

STREET ADDRESS:

530 شارع غرب اليجان

لانسينج، ميشيغان، 48933

530 W. ALLEGAN ST

LANSING, ML 48933

رقم الفاكس: 517-763-0110

FACSIMILE: 517-763-0110

عنوان المراسلات البريدية:

MAILING ADDRESS:

صندوق بريد 30476

لانسينج، ميشيغان، 48909-7976

P.O. Box 30476

LANSING, ML 48909-7976

الرقم الهاتفي المجاني: 1-855-464-9243

TOLL FREE: 1-855-464-9243

الموقع الإلكتروني: WWW.MICHIGAN.GOV/WAGEHOUR

WEBSITE: WWW.MICHIGAN.GOV/WAGEHOUR

المعلومات الخاصة بالموظف. من فضلك قم بكتابة

EMPLOYEE INFORMATION. PLEASE PRINT

اسم العائلة والاسم الشخصي وأول حرف من الاسم الأوسط

LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

العنوان (رقم الشارع واسمه):

ADDRESS (STREET NUMBER AND NAME):

المدينة والولاية والرمز البريدي:

CITY, STATE, ZIP:

عنوان البريد الإلكتروني:

EMAIL ADDRESS:

معلومات الاتصال الخاصة بشخص يستطيع الوصول إليك على الدوام:

CONTACT INFORMATION FOR SOMEONE WHO WILL ALWAYS KNOW HOW TO REACH YOU:

عنوان مكان عملك السابق (رقم الشارع واسمه):

ADDRESS WHERE YOU WORKED (STREET NUMBER AND NAME):

المدينة والولاية والرمز البريدي:

CITY, STATE, ZIP:

تاريخ بدء العمل (الشهر/اليوم/السنة):

START DATE OF EMPLOYMENT (MONTH/DAY/YEAR):

تاريخ آخر يوم عمل (الشهر/اليوم/السنة):

LAST DATE WORKED (MONTH/DAY/YEAR):

<p>ماذا كان معدل تواتر حصولك على أجر في عملك السابق؟ How OFTEN WERE YOU PAID?</p> <p> <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> نصف أسبوعي <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BIWEEKLY <input type="checkbox"/> SEMIMONTHLY <input type="checkbox"/> MONTHLY </p>			<p>الحالة الوظيفية: EMPLOYMENT STATUS:</p> <p> <input type="checkbox"/> لم تقم بتقديم استقالتك <input type="checkbox"/> تم تسريحك من العمل <input type="checkbox"/> لا تزال تعمل <input type="checkbox"/> QUIT <input type="checkbox"/> DISCHARGED <input type="checkbox"/> STILL EMPLOYED </p>		
<p>السعر بالقطعة / آخر PIECE RATE/ OTHER</p> <p>\$</p>	<p>العمولة COMMISSION</p> <p>\$</p>	<p>الراتب SALARY</p> <p>\$</p>	<p>في الساعة PER HOUR</p> <p>\$</p>	<p>قم بإدراج أجرك. قدم نسخة من كعب/أرومة الشيك الخاص بك. LIST YOUR RATE OF PAY. PROVIDE A COPY OF YOUR CHECK STUB.</p>	
<p>ماذا كان / ما هو المسمى الوظيفي الخاص بك؟ WHAT WAS/IS YOUR JOB TITLE?</p>			<p>في حالة كونك موظفًا، ما هو عدد الأيام/الساعات التي كان مطلوب منك العمل خلالها عن كل أسبوع أو فترة دفع؟ IF SALARIED, HOW MANY DAYS/HOURS WERE YOU REQUIRED TO WORK EACH WEEK OR PAY PERIOD?</p>		
			<p>المعلومات الخاصة بالموظف . من فضلك قم بكتابة EMPLOYER INFORMATION. Please Print</p>		
<p>نوع العمل التجاري (إذا كان معروفًا): TYPE OF BUSINESS (IF KNOWN):</p>			<p>اسم المنشأة التجارية: BUSINESS NAME:</p>		
<p>عنوان محل العمل (رقم الشارع واسمه): BUSINESS ADDRESS (STREET NUMBER AND NAME):</p>					
<p>المقاطعة: COUNTY:</p>			<p>المدينة والولاية والرمز البريدي: CITY, STATE, ZIP:</p>		
<p>عنوان البريد الإلكتروني/الموقع الإلكتروني الخاص بصاحب العمل (إذا كان معروفًا): EMAIL OR WEBSITE ADDRESS OF EMPLOYER (IF KNOWN):</p>			<p>رقم الفاكس: FAX NUMBER:</p>	<p>رقم الهاتف: TELEPHONE NUMBER:</p>	
<p>اذكر العدد التقريبي للموظفين: LIST THE APPROXIMATE NUMBER OF EMPLOYEES:</p>			<p>اسم الشخص المسؤول عن عمليات التشغيل اليومية: NAME OF PERSON IN CHARGE OF DAY-TO-DAY OPERATIONS:</p>		
<p>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 . WAS YOUR EMPLOYMENT GOVERNED BY MORE THAN ONE EMPLOYER? IF SO, LIST BELOW THE ADDITIONAL EMPLOYER'S NAME, ADDRESS, CITY, STATE, ZIP CODE, AND TELEPHONE NUMBER OR ATTACH AN ADDITIONAL SHEET LISTING THE INFORMATION.</p>					

قد تتم إعادة هذه المطالبة/الشكوى إذا لم تشتمل على المبلغ المُطالب به وفترة المطالبة.
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 الزمني والسياسات الخطية، إلخ.

THIS CLAIM MAY BE RETURNED IF A CLAIM AMOUNT AND A CLAIM PERIOD ARE NOT PROVIDED.

Filing this complaint does not guarantee payment or a finding in your favor.

Please provide documentation to substantiate your claim, for example, paystubs, time sheets, written policies, etc.

المبلغ المُطالب به Amount Claimed	قم بحساب المبلغ المُطالب به لكل اختيار قم بإرفاق أوراق إضافية، إذا لزم الأمر Calculate the Amount Claimed for Each Selection Attach additional sheets if necessary	فترة المطالبة شهر / يوم / سنة إلى شهر / يوم / سنة Period of Claim Month/Day/Year to Month/Day/Year	سبب تقديمك لهذه المطالبة/الشكوى Your reason for filing this claim
800.00 دولار \$800.00	مثال: الأجر بالساعة = 80 ساعة × 10.00 دولار/الساعة. Example: Hourly= 80 Hours X \$10.00/Hr.		الأجور WAGES
			في الساعة Hourly
			الراتب Salary
			العمولات (قدم قائمة بالعمولات) Commissions (Provide list of commissions)
			السعر بالقطعة / آخر Piece Rate / Other
			الاستقطاعات غير المصرح بها Unauthorized Deductions
800.00 دولار \$800.00	مثال: الإجازة المدفوعة الأجر = 80 ساعة × 10.00 دولار/ساعة. Example: Vacation Pay =80 hours X \$10.00/hr.		المزايا الوظيفية الإضافية FRINGE BENEFITS (قم بتقديم سياسة خطية أو عقد مكتوب) (Provide written policy or contract)
			الإجازات المدفوعة الأجر Vacation Pay
			الإجازات المدفوعة الأجر Paid Time Off
			العطلات المدفوعة الأجر Holiday Pay
			الإجازات المرضية المدفوعة الأجر Sick Pay
			المصاريف المستردة (قدم قائمة بالمصاريف) Expense Reimbursement (Provide list of expenses)
			المكافآت (قدم قائمة بنوع المكافأة) Bonus (List type of Bonus)
800.00 دولار \$800.00	مثال: الإجازة الطبية = 80 ساعة × 10.00 دولار / الساعة. Example: Medical Leave =80 hours X \$10.00/hr.		الإجازات الطبية المدفوعة الأجر PAID MEDICAL LEAVE
378.00 دولار \$378.00	مثال: الحد الأدنى للأجور = 40 ساعة × 9.45 دولار / ساعة. Example: MW = 40 hours X \$9.45/hr.		الحد الأدنى للأجور MINIMUM WAGE
1500.00 دولار \$1,500.00	مثال: ساعات العمل الإضافية 100 = ساعة عمل إضافية × 15 دولار / ساعة عمل إضافية. Example: OT= 100 OT hours X \$15.00/OT hr.		ساعات العمل الإضافية OVERTIME

\$	إجمالي المبلغ المطالب به (قبل الاستقطاعات الضريبية) TOTAL GROSS (before tax deductions) AMOUNT CLAIMED	
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	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: Are you filing a complaint that your employer did not allow you to use paid medical leave? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please list dates you were not allowed to use your leave:
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	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 كعوب/أرومة المدفوعات أو بيان الأجر: Are you filing a complaint for paystubs or wage statements you did not receive? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please list dates you did not receive a paystub or wage statement:
رجاء الإجابة على ما يلي PLEASE ANSWER THE FOLLOWING		
لا NO	نعم YES	
		هل قمت برفع دعوى ضد صاحب العمل بشأن المزاем المدرجة في هذه المطالبة/الشكوى؟ HAVE YOU FILED A LAWSUIT AGAINST THE EMPLOYER ON THE ISSUES OF THIS CLAIM?
		إذا كانت المطالبة تخص المزايا الوظيفية الإضافية، فهل كانت هناك سياسة خطية متبعة أو عقد مكتوب ساري المفعول أثناء فترة عملك؟ إذا أجبت بنعم، فيرجى تقديم نسخة من السياسة الخطية أو العقد المكتوب. IF CLAIMING FRINGE BENEFITS, WAS A WRITTEN POLICY OR CONTRACT IN EFFECT DURING YOUR EMPLOYMENT? IF YES, PLEASE PROVIDE A COPY OF THE WRITTEN POLICY OR CONTRACT.
		هل تحقق الشركة أرباحًا تتجاوز 500000 دولار في السنة، أو تقوم بنقل بضائع خارج حدود ولاية ميشيغان؟ DOES THE BUSINESS MAKE MORE THAN \$500,000/YEAR OR TRANSPORT GOODS OUTSIDE OF MICHIGAN?
		هل كان عملك يغطيه عقد اتحادي؟ إذا أجبت بنعم، فيرجى تقديم نسخة من العقد. WAS YOUR EMPLOYMENT COVERED BY A UNION CONTRACT? IF YES, PLEASE SUBMIT A COPY OF THE CONTRACT.

<p>إقرار: أشهد أنا، على حد علمي واعتقادي، بصحة المزاем 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> <p>CERTIFICATION: I certify to the best of my knowledge and belief that this is a true statement of wages and/or fringe benefits due me. I will inform the department if any of the following occur: change of name, address, and/or telephone number for myself and/or employer, or a direct payment and/or settlement of the claim.</p>	
التاريخ: Date:	توقيع صاحب الشكوى: Signature of Complainant: