

**ILLINOIS DEPARTMENT OF LABOR**

900 South Spring Street  
Springfield, Illinois 62704-2725  
Telefon: (312) 793-2800

<http://www.state.il.us/agency/idol/>

**WNIOSEK DOTYCZ CY USTAWY KLASYFIKACJI PRACOWNIKÓW  
820 ILCS 185/1-999****DANE OSOBY WNOSZ CEJ SKARG**

IMI , NAZWISKO: \_\_\_\_\_ NR. TEL. \_\_\_\_\_  
ADRES: \_\_\_\_\_ NR. KOMÓRKI: \_\_\_\_\_  
MIEJSCOWO : \_\_\_\_\_ STAN: \_\_\_\_\_ KOD: \_\_\_\_\_  
ORGANIZACJA (je eli stosowne): \_\_\_\_\_  
ADRES EMAIL: \_\_\_\_\_ NR. FAKSU: \_\_\_\_\_  
CZY WNIOSEK ZOSTA WYPE NIONY W TWOIM IMIENIU?  TAK  NIE JE ELI NIE, TO NAPISZ W CZYIM IMIENIU:  
OSOBA/ORGANIZACJA: \_\_\_\_\_ NR. TEL. \_\_\_\_\_  
ADRES: \_\_\_\_\_ NR. KOMÓRKI: \_\_\_\_\_  
MIEJSCOWO : \_\_\_\_\_ STAN: \_\_\_\_\_ KOD: \_\_\_\_\_  
ADRES EMAIL: \_\_\_\_\_ NR. FAKSU: \_\_\_\_\_  
CZY TY LUB KTO INNY Z O Y WNIOSEK O ROZPATRZENIE SPRAWY W S DZIE CYWILNYM?  TAK  NIE  NIEWIADOMO

**DANE WYKONAWCY**

FIRMA/WYKONAWCA: \_\_\_\_\_ FUNKCONUJ CA POD NAZW : \_\_\_\_\_  
W A CIEL: \_\_\_\_\_ NR. TEL. \_\_\_\_\_  
ADRES: \_\_\_\_\_ NR. FAKSU \_\_\_\_\_  
MIEJSCOWO : \_\_\_\_\_ POWIAT: \_\_\_\_\_ STAN: \_\_\_\_\_ KOD: \_\_\_\_\_  
DZIA ALNO INTERESU: \_\_\_\_\_ FEIN # \_\_\_\_\_  
RODZAJ FIRMY?  Sole Proprietorship  Partnership  Corporation  Limited Liability Company (LLC)  \_Niewiadomo

**RODZAJ ZA ALENIA**

MIEJSCE, W KTÓRYM PRACA ZOSTA A WYKONANA:  
ADRES: \_\_\_\_\_  
MIEJSCOWO : \_\_\_\_\_ POWIAT: \_\_\_\_\_ STAN: \_\_\_\_\_ KOD: \_\_\_\_\_  
DATY, W KTÓRYCH PRAWO ZOSTA O NARUSZONE: \_\_\_\_\_  
RODZAJ WYKONYWANEJ PRACY: Prosz dok adnie opisa rodzaj wykonywanej pracy, t.j. elektryka, hydraulika, stolarka, itp.

ORZECZENIE FAKTÓW W SPRAWIE NARUSZENIA USTAWY: Prosz do czy wszelkie dowody zwi zane z naruszeniem ustawy.

Potwierdzam, i zawarte informacje s dok adne i prawdziwe.

Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_