

**FORM 1
 COMPLAINT**

**PLEASE READ THE FOLLOWING
 CAREFULLY BEFORE FILLING OUT THIS
 FORM:**

Under section 25 of the *Occupational Health and Safety Act*, an employee may file a complaint against an employer or union if the employer or union has taken, or threatens to take, a discriminatory action* against the employee *because the employee complied with the Act, the regulations or an order or because the employee sought the enforcement of the Act, the regulations or an order*. If you have such a complaint, please provide the following information:

1. Employee's Name

Address

City or Village Province

Postal Code

Telephone Number

2. Employer's (or union's) Name

Address

City or Village Province

Postal Code

Telephone Number

3. I complain that the above-named employer (or union) has violated section 24 of the *Occupational Health and Safety Act***.

4. Describe the circumstances leading to this complaint:

A. What discriminatory action did the employer (or union) take, or threaten to take, against you? On what date or dates did the action or threat occur?***

.....

**FORMULE 1
 PLAINTÉ**

**PRIÈRE DE LIRE CE QUI SUIT AVEC SOIN
 AVANT DE REMPLIR LA PRÉSENTE
 FORMULE :**

En vertu de l'article 25 de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, un salarié peut déposer une plainte contre un employeur ou un syndicat qui a pris ou menacé de prendre une mesure discriminatoire* contre le salarié *parce qu'il s'est conformé à la Loi, aux règlements ou à un ordre ou parce qu'il a invoqué l'application de la Loi, des règlements ou d'un ordre*. Si vous avez une plainte semblable à faire, prière de fournir les renseignements suivants :

1. Nom du salarié

Adresse

Cité ou village Province

Code postal

Numéro de téléphone

2. Nom de l'employeur (ou du syndicat)

Adresse

Cité ou village Province

Code postal

Numéro de téléphone

3. Je me plains que l'employeur (ou le syndicat) susnommé a enfreint l'article 24 de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail***.

4. Décrire les circonstances qui ont donné lieu à la présente plainte :

A. Quelle mesure discriminatoire l'employeur (ou le syndicat) a-t-il prise ou menacé de prendre contre vous? À quelle date ou dates la mesure ou la menace a-t-elle eu lieu?***

.....

B. Why did the employer (or union) take, or threaten to take, discriminatory action against you? When answering this question, describe what you did to comply with the Act, the regulations or an order or how you sought the enforcement of the Act, the regulations or the order.

.....

5. I request a hearing before an arbitrator as provided for under subsection 25(1) of the *Occupational Health and Safety Act*.

6. I would like the arbitrator to make the following order:

.....

Dated at, this day of 19

 (Signature of Employee)

* “discriminatory action” means any action by an employer or union that adversely affects an employee with respect to any terms or conditions of employment, opportunity for promotion or membership in a union, and includes the action of dismissal, layoff, suspension, demotion, transfer of job location, reduction in wages, changes in hours of work or reprimand;

** Section 24 of the Occupational Health and Safety Act is as follows:

24(1) No employer or union shall

(a) take any discriminatory action against an employee, or

(b) threaten to take any discriminatory action against an employee or intimidate or coerce any employee, because the employee has sought the enforcement of this Act, the regulations or an order made in accordance with this Act or the regulations, or has acted in compliance with this Act, the regulations or an order made in accordance with this Act or the regulations.

B. Pourquoi l'employeur (ou le syndicat) a pris ou menacé de prendre une mesure discriminatoire contre vous? Lorsque vous répondez à cette question, décrivez ce que vous avez fait pour vous conformer à la Loi, aux règlements ou à un ordre ou comment vous avez invoqué l'application de la Loi, des règlements ou de l'ordre.

.....

5. Je demande la tenue d'une audience devant un arbitre conformément au paragraphe 25(1) de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*.

6. J'aimerais que l'arbitre donne l'ordre suivant :

.....

Fait à, le 19

 (Signature du salarié)

* « mesure discriminatoire » désigne toute mesure qui est prise par un employeur ou un syndicat et qui lèse un salarié dans ses conditions de travail ou dans ses possibilités d'avancement ou dans sa qualité de membre d'un syndicat et comprend le congédiement, la mise à pied, la suspension, la rétrogradation, la mutation à un autre emplacement de travail, la réduction de salaire, le changement d'horaires de travail ou la réprimande;

** L'article 24 de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail* se lit comme suit :

24(1) Il est interdit à un employeur ou syndicat

a) de prendre une mesure discriminatoire contre un salarié, ou

b) de menacer de prendre une mesure discriminatoire contre un salarié, de l'intimider ou d'exercer des contraintes à son égard, parce qu'il a invoqué l'application de la présente loi, des règlements ou d'un ordre donné conformément à la présente loi ou aux règlements ou a agi conformément à la présente loi, aux règlements ou à un ordre donné conformément à la présente loi ou aux règlements.

24(2) A reassignment under section 22 is not discriminatory action under this section.

***A complaint must be filed with WorkSafeNB not later than one year after the actions complained of.

94-19

Please mail, fax or drop off the completed form to:

WorkSafeNB
1 Portland Street
P.O. Box 160
Saint John, NB E2L 3X9

Telephone: 506 632-2200
Toll-free: 1 800 222-9775
Fax: 506 632-4979

24(2) Ne constitue pas une mesure discriminatoire au sens du présent article une réaffectation effectuée en vertu de l'article 22.

***Une plainte doit être déposée auprès de Travail sécuritaire NB dans un délai d'un an suivant les actes faisant l'objet de la plainte.

94-19

Veillez envoyer la formule dûment remplie par la poste ou par télécopie, ou encore la remettre en personne à l'adresse ou aux numéros suivants :

Travail sécuritaire NB
1, rue Portland
Case postale 160
Saint John, NB E2L 3X9

Téléphone : 506 632-2200
N° sans frais : 1 800 222-9775
Télécopieur : 506 632-4979