

Formulaire d'information sur les plaintes des clients

Numéro de plainte : _____

Instructions : Si vous avez une plainte à formuler, veuillez remplir ce formulaire et le soumettre au personnel du Centre de carrière. S'il s'agit d'une plainte pour discrimination, vous devez soit soumettre ce formulaire au responsable de l'égalité des chances du Centre de carrière, soit l'envoyer à : **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, 1220 Washington Ave., Building 12, Room 540, Albany, NY 12226**. Si nécessaire, joignez des pages supplémentaires et tout document concernant votre réclamation.

1. Plaignant (remplissez les informations **vous** concernant)

Prénom : _____ Initiale du deuxième prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Autre adresse (le cas échéant) : _____

SSN (Numéro de sécurité sociale, facultatif) : ____ - ____ - ____

Téléphone fixe : (____) ____ - ____ Autre téléphone : (____) ____ - ____

Adresse e-mail : _____

Quels sont le moment et la méthode les plus pratiques pour que nous puissions vous contacter au sujet de cette plainte ? _____

Je consens à ce que les informations concernant cette plainte soient communiquées à (indiquez le nom des membres de la famille, des amis, etc. qui peuvent recevoir des informations concernant votre plainte) : _____

2. Défendeur (remplissez les informations relatives à l'objet de votre plainte)

Agence, entreprise ou employé contre lesquels vous portez plainte : _____

Adresse : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Téléphone : (____) ____ - ____

2a. Le défendeur est-il un Centre de carrière ? Oui Non

Si oui, cette plainte concerne Une formation Le service à la clientèle Autre _____

2b. Le défendeur est-il une entreprise ? Oui Non

Si oui, avez-vous été orienté vers cette entreprise par le personnel du Centre de carrière ?

Oui Non Si oui, quand ? _____

2c. Le défendeur est-il une exploitation agricole ? Oui Non

2d. Quel est le motif de votre plainte (cochez toutes les cases qui s'appliquent) ?

Des salaires/salaires non payés Le travail d'enfants La santé et la sécurité

Les conditions de travail Le logement Le transport Les repas Les pesticides

Autre _____

2e. Votre plainte concerne-t-elle une discrimination ? Oui Non

3. Décrivez brièvement votre plainte. Soyez aussi précis que possible. Si vous pensez avoir été victime de discrimination, décrivez en détail comment cela s'est produit.

a. Que s'est-il passé ?

b. Qui cela a-t-il impliqué ? (Témoins, collègues de travail, superviseurs, etc.) Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone, si vous les connaissez.

c. Quand et où cela s'est-il produit (indiquez la date) ?

d. Si vous pensez avoir été traité différemment, décrivez de quelle façon.

4. Vous a-t-on offert des services d'emploi ? Oui Non

5. Comment souhaitez-vous que cette plainte soit résolue ? _____
S'il s'agit d'une plainte pour discrimination, remplissez les numéros 6 à 10. S'il ne s'agit pas d'une plainte pour discrimination, passez au numéro 11.

6. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Les origines ethniques (précisez) _____	La couleur de peau (précisez) _____
La religion (précisez) _____	Les origines nationales (précisez) _____
Le sexe Masculin Féminin	Le casier judiciaire (précisez) _____
Un handicap (précisez) _____	L'état civil (précisez) _____
La citoyenneté (précisez) _____	Une prédisposition génétique ou un statut de porteur (précisez) _____
Le harcèlement sexuel _____	Le statut d'ancien combattant (précisez) _____
L'âge (précisez la date de naissance) ___ / ___ / _____	_____
L'affiliation politique (précisez) _____	L'orientation sexuelle _____
Des représailles (précisez) _____	Victime de violence domestique _____
	Autre (précisez) _____

7. Pourquoi pensez-vous que ces événements se sont produits ?

8. Disposez-vous d'un avocat ou d'un autre représentant pour cette plainte ?

Oui Non Si oui, veuillez remplir le formulaire suivant :

Nom : _____ Téléphone : (____) _____ - _____
Adresse : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

9. Avez-vous déposé un dossier ou une plainte concernant cet incident auprès de l'un des organismes suivants ?

Département de la Justice des États-Unis,
division des Droits civils
Département du Travail de l'État de New York,
division du Développement de l'égalité des
chances
Commission pour l'Égalité des chances en
matière d'emploi des États-Unis

Division des Droits de l'homme de l'État de New
York
Département du Travail des États-Unis, Centre des
Droits civils
Tribunal fédéral ou d'État
Autre _____

10. Pour chaque organisme coché au point 9, veuillez fournir les informations suivantes :

Agence : _____ Date de dépôt : __ / __ / ____
Numéro d'affaire ou de dossier : _____
Date du procès ou de l'audience : __ / __ / ____
Lieu de l'agence ou du tribunal : _____
Nom de l'enquêteur : _____
État de l'affaire : _____
Commentaires : _____

Agence : _____ Date de dépôt : __ / __ / ____
Numéro d'affaire ou de dossier : _____
Date du procès ou de l'audience : __ / __ / ____
Lieu de l'agence ou du tribunal : _____
Nom de l'enquêteur : _____
État de l'affaire : _____
Commentaires : _____

11. Je certifie que les informations fournies ci-dessus sont vraies et exactes autant que je sache. J'autorise la divulgation de ces informations aux organismes chargés de l'application de la loi aux fins d'une enquête appropriée sur ma plainte. Je comprends que mon identité sera maintenue confidentielle dans toute la mesure du possible, conformément à la loi en vigueur et à une détermination équitable de ma plainte.

Signature du plaignant

_____/_____/_____
Date

Personnel recevant la plainte : _____
(Nom en caractères d'imprimerie)

_____/_____/_____
Signature Date

Centre de carrière : _____

Téléphone : (_____) _____ - _____