

## Formularz informacyjny dot. zażalenia klienta

Numer zażalenia: \_\_\_\_\_

**Instrukcje:** W przypadku potrzeby złożenia zażalenia, prosimy o wypełnienie niniejszego formularza i przekazanie go personelowi Centrum Kariery. Jeśli zażalenie dotyczy dyskryminacji, należy przekazać ten formularz Dyrektorowi ds. równouprawnienia Centrum Kariery lub wysłać go na adres: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, 1220 Washington Ave., Building 12, Room 540, Albany, NY 12226**. W razie konieczności, proszę dołączyć dodatkowe strony oraz dokumenty dotyczące zażalenia.

**1. Osoba składająca zażalenie** (wypełnić **swoimi** informacjami)

Imię: \_\_\_\_\_ Inicjały drugiego imienia: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

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

Adres alternatywny (jeśli ma zastosowanie): \_\_\_\_\_

SSN (opcjonalnie): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nr telefonu domowego: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Alternatywny nr telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Adres e-mail: \_\_\_\_\_

Jaka jest najbardziej dogodna pora i metoda kontaktu w sprawie tego zażalenia?

Wyrażam zgodę na udostępnianie informacji dotyczących tego zażalenia: (wymienić nazwisko(-a) członków rodziny, przyjaciół itd., którzy mogą uzyskać informacje dotyczące zażalenia):

**2. Respondent** (wypełnić informacjami dot. podmiotu zażalenia)

Instytucja, firma lub pracownik, którego dotyczy zażalenie: \_\_\_\_\_

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

Nr telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2a. Czy respondentem jest Centrum Kariery? Tak Nie

Jeśli tak, czy zażalenie dotyczy Szkolenia Obsługi klienta Inne \_\_\_\_\_

2b. Czy respondentem jest firma? Tak Nie

Jeśli tak, czy został(a) Pan(i) skierowany(-a) do tej firmy przez personel Centrum Kariery?

Tak Nie Jeśli tak, kiedy? \_\_\_\_\_

2c. Czy respondentem jest gospodarstwo rolne? Tak Nie

2d. Czego dotyczy zażalenie (zaznaczyć wszystkie opcje, które mają zastosowanie)?

Wynagrodzenie / zaległe wynagrodzenie Praca dzieci BHP Warunki pracy

Zakwaterowanie Transport Posiłki Pestycydy Inne \_\_\_\_\_

2e. Czy zażalenie dotyczy dyskryminacji? Tak Nie

**3. Proszę w skrócie opisać zażalenie. Należy podawać konkretne informacje. W przypadku przekonania o doświadczeniu dyskryminacji należy szczegółowo opisać sytuację.**

a. Opis zdarzenia.

b. Osoby biorące udział. (Świadkowie, współpracownicy, przełożeni itd.). Podać nazwisko, adres i nr telefonu, jeśli są znane.

c. Czas i miejsce zdarzenia (podać datę).

d. W przypadku innego traktowania, opisać na czym polegało.

4. Czy otrzymał(a) Pan(i) usługi zatrudnienia? Tak Nie

5. W jaki sposób chciał(a)by Pan(i) rozwiązać to zażalenie?

Jeśli zażalenie dotyczy dyskryminacji, wypełnić punkty 6-10. Jeśli zażalenie nie dotyczy dyskryminacji, wypełnić punkt 11.

6. Zaznaczyć wszystkie opcje, które mają zastosowanie.

Rasa (określić) \_\_\_\_\_

Religia (określić) \_\_\_\_\_

Płeć Mężczyzna Kobieta

Niepełnosprawność (określić) \_\_\_\_\_

Obywatelstwo (określić) \_\_\_\_\_

Molestowanie seksualne \_\_\_\_\_

Wiek (podać datę urodzenia) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Przynależność polityczna (określić) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Odwet (określić) \_\_\_\_\_

Kolor skóry (określić) \_\_\_\_\_

Pochodzenie narodowe (określić) \_\_\_\_\_

Aresztowanie, wyroki sądowe (określić) \_\_\_\_\_

Stan cywilny (określić) \_\_\_\_\_

Predyspozycje genetyczne i status zawodowy

(określić) \_\_\_\_\_

Status weterana (określić) \_\_\_\_\_

Orientacja seksualna \_\_\_\_\_

Status ofiary przemocy domowej \_\_\_\_\_

Inne (określić) \_\_\_\_\_

7. Dlaczego Pana(-i) zdaniem doszło do tej sytuacji?

8. Czy korzysta Pan(i) z usług adwokata lub innego przedstawiciela w sprawie tego zażalenia? Tak Nie

Jeśli „Tak”, wypełnić poniższe informacje:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Nr telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

9. Czy założył(a) Pan(i) sprawę lub złożył(a) zażalenie w dowolnej z poniższych instytucji?

Amerykański Departament Sprawiedliwości,  
Wydział Praw Obywatelskich  
Wydział Pracy NYS, Wydział ds. Wspierania  
Równouprawnienia  
Amerykańska Komisja ds. Równouprawnienia  
podczas Zatrudnienia

Wydział Praw Człowieka NYS  
Amerykański Departament Pracy, Centrum Praw  
Obywatelskich  
Sąd federalny lub stanowy  
Inne \_\_\_\_\_

10. W odniesieniu do każdej instytucji zaznaczonej w pkt. 9, wypełnić poniższe informacje:

Instytucja: \_\_\_\_\_

Data złożenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nr sprawy lub wokandy: \_\_\_\_\_

Data procesu lub przesłuchania:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lokalizacja instytucji lub sądu:

Nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie:

Status sprawy: \_\_\_\_\_

Uwagi:

Instytucja: \_\_\_\_\_

Data złożenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nr sprawy lub wokandy: \_\_\_\_\_

Data procesu lub przesłuchania:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lokalizacja instytucji lub sądu:

Nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie:

Status sprawy: \_\_\_\_\_

Uwagi:

11. Potwierdzam, że informacje, które podałem(-am) powyżej są prawdziwe i dokładne zgodnie z moją wiedzą. Upoważniam organy porządku publicznego do ujawnienia tych informacji w celu przeprowadzenia właściwego dochodzenia w sprawie mojego zażalenia. Rozumiem, że moja tożsamość będzie poufna w maksymalnym możliwym zakresie, zgodnie z obowiązującym prawem i uczciwym rozpatrzeniem mojego zażalenia.

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby składającej zażalenie

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data

Personel odbierający zażalenie: \_\_\_\_\_  
(Imię i nazwisko drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Podpis

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data

Centrum Kariery: \_\_\_\_\_ Nr telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_