

## Форма клиентской жалобы

Номер жалобы: \_\_\_\_\_

**Инструкции:** если у вас возникла жалоба, заполните эту форму и передайте ее представителям Карьерного центра. Если это жалоба о дискриминации, необходимо передать эту форму сотруднику Отдела равных возможностей Карьерного центра или отправить ее по адресу: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, 1220 Washington Ave., Building 12, Room 540, Albany, NY 12226**. При необходимости приложите дополнительные страницы или другие документы, связанные с вашей жалобой.

**1. Податель жалобы (укажите свои данные)**

Имя: \_\_\_\_\_ Инициал второго имени: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Второй адрес (если он есть): \_\_\_\_\_

Номер SSN (по желанию): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Номер телефона: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Дополнительный номер телефона: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Укажите самые удобные для вас время и способ связи для обсуждения вашей жалобы

Я даю согласие на предоставление информации по поводу этой жалобы следующим лицам:

(укажите имена членов семьи, друзей и т. д., которые могут получить информацию по поводу вашей жалобы): \_\_\_\_\_

**2. Ответчик (укажите информацию о субъекте вашей жалобы)**

Агентство, предприятие или сотрудник, на которого вы подаете жалобу: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2а. Ваш ответчик – Карьерный центр? Да Нет

Если да, касается ли эта жалоба обучения обслуживания клиентов другого \_\_\_\_\_

2б. Ваш ответчик – компания? Да Нет

Если да, направили ли вас в эту компанию представители Карьерного центра? Да Нет

Если да, когда? \_\_\_\_\_

2с. Ваш ответчик – ферма? Да Нет

2д. В чем заключается ваша жалоба? Отметьте все применимые варианты.

Зарплата / невыплата зарплаты Эксплуатация детского труда

Охрана и безопасность труда Условия работы Жилье Транспорт Питание

Пестициды Другое \_\_\_\_\_

2е. Связана ли ваша жалоба с дискриминацией? Да Нет

**3. Вкратце опишите свою жалобу. Изложите свою позицию максимально понятно. Если вы считаете, что оказались жертвой дискриминации, подробно опишите, как это произошло.**

a. Что произошло?

b. Кто причастен к инциденту? (Свидетели, сотрудники, руководители и т. д.) Укажите их имена и фамилии, адреса и телефонные номера, если вы их знаете.

c. Где и когда это произошло? Укажите дату

d. Если вы считаете, что к вам отнеслись иначе, чем к другим, опишите, в чем это заключалось.

4. Вам предложили услуги по трудоустройству? Да Нет

5. Как бы вы хотели решить сложившуюся ситуацию? \_\_\_\_\_

Если это жалоба о дискриминации, заполните пункты 6–10. Если это не жалоба о дискриминации, перейдите к пункту 11.

6. Отметьте все подходящие пункты.

Раса (укажите) \_\_\_\_\_

Религиозная принадлежность (укажите)  
\_\_\_\_\_

Пол Мужской Женский

Инвалидность (укажите) \_\_\_\_\_

Гражданство (укажите) \_\_\_\_\_

Сексуальное домогательство \_\_\_\_\_

Возраст (укажите дату рождения)

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

Политические убеждения (укажите)  
\_\_\_\_\_

Возмездие/месть \_\_\_\_\_

Цвет кожи (укажите) \_\_\_\_\_

Национальность (укажите) \_\_\_\_\_

Арест или судимость (укажите) \_\_\_\_\_

Семейное положение (укажите) \_\_\_\_\_

Генетическая предрасположенность к определенным заболеваниям и статус носителя (укажите) \_\_\_\_\_

Статус ветерана (укажите) \_\_\_\_\_

Сексуальная ориентация \_\_\_\_\_

Жертва бытового насилия \_\_\_\_\_

Другое (укажите) \_\_\_\_\_

7. Как вы считаете, почему это произошло?

8. Есть ли у вас адвокат или другой представитель для рассмотрения этой жалобы? Да Нет

Если вы ответили «Да», заполните следующие поля:

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

