

## Formulari i informacionit të ankesës së klientit

Numri i Ankesës: \_\_\_\_\_

**Udhëzime:** Nëse keni një ankesë, ju lutemi plotësoni këtë formular dhe ia dorëzoni stafit të Qendrës së Karrierës. Nëse kjo është një ankesë për diskriminim, ju ose duhet t'ia dorëzoni këtë formular zyrtarit për mundësi të barabarta të Qendrës së Karrierës ose t'ia dërgoni: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, 1220 Washington Ave., Building 12, Room 540, Albany, NY 12226.** Nëse është e nevojshme, bashkëngjitni faqe shtesë dhe çdo dokument në lidhje me kërkesën tuaj.

### 1. Ankuesi (mbush informacionin tënd)

Emri: \_\_\_\_\_ Iniciali i mesëm: \_\_\_\_\_ Mbiemri: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ Qyteti: \_\_\_\_\_ Shteti: \_\_\_\_\_ Kodi Postar: \_\_\_\_\_

Adresa alternative (nëse është e aplikueshme): \_\_\_\_\_

SSN (Opsionale): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Telefoni i shtëpisë: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Telefon alternativ: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Adresa e Emailit: \_\_\_\_\_

Cila është koha dhe mënyra më e përshtatshme që ne t'ju kontaktojmë për këtë ankesë?  
\_\_\_\_\_

Unë jap pëlqimin tim për të ndarë informacionin në lidhje me këtë ankesë me (listë emrat e anëtarëve të familjes, miqve etj. që mund të marrin informacion në lidhje me ankesën tuaj): \_\_\_\_\_

### 2. I anketuari (plotësoni informacionin për subjektin e ankesës suaj)

Agjencia, biznesi ose punonjësi kundër të cilit po ankoheni: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ Qyteti: \_\_\_\_\_ Shteti: \_\_\_\_\_ Kodi Postar: \_\_\_\_\_

Telefoni: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

2a. A është i anketuari një qendër karriere? Po Jo

Nëse po, a ka të bëjë kjo ankesë Trajnimi Shërbimi ndaj klientit Të tjera \_\_\_\_\_

2b. A është i anketuari një biznes? Po Jo

Nëse po, a jeni referuar në këtë biznes nga stafi i Qendrës së Karrierës? Po Jo

Nëse po, kur? \_\_\_\_\_

2c. A është i anketuari një fermë? Po Jo

2d. Për çfarë është ankesa juaj (shikoni të gjitha ato që zbatohen)?

Paga/paga të papaguara Puna e Fëmijëve Shëndeti dhe Siguria Kushtet e punës

Strehimi Transporti Ushqimet Pesticidet Të tjera \_\_\_\_\_

2e. A është ankesa juaj për diskriminim? Po Jo

### 3. Përshkruani shkurtimisht ankesën tuaj. Jini sa më të qartë që të jetë e mundur. Nëse besoni se jeni diskriminuar, ju lutemi përshkruani në detaje se si ndodhi kjo.

a. Çfarë ndodhi?

b. Kush ishte i përfshirë? (Dëshmitarët, bashkëpunëtorët, mbikëqyrësit, etj.) Jepni emrin, adresën dhe numrin e telefonit, nëse dihet.

c. Kur dhe ku ndodhi (përfshi datën)?

d. Nëse besoni se jeni trajtuar ndryshe, përshkruani se si.

4. A ju janë ofruar shërbime punësimi? Po Jo

5. Si do të dëshironit të zgjidhej kjo ankesë? \_\_\_\_\_

Nëse kjo është një ankesë diskriminimi, plotësoni numrat 6-10. Nëse kjo nuk është një ankesë diskriminimi, shkoni te numri 11.

6. Përzgjidhni të gjitha ato që zbatohen.

Gara (specifiko) \_\_\_\_\_

Feja (specifiko) \_\_\_\_\_

Gjinia Mashkull Femër

Aftësia e kufizuar (specifiko) \_\_\_\_\_

Shtetësia (specifiko) \_\_\_\_\_

Ngacmim seksual \_\_\_\_\_

Mosha (specifikoni datën e lindjes)

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

Përkatësia politike (specifiko) \_\_\_\_\_

Hakmarrja/hakmarrja (specifiko) \_\_\_\_\_

Ngjyra (specifiko) \_\_\_\_\_

Origjina Kombëtare (Përcakto) \_\_\_\_\_

Procesverbali i arrestimit dhe dënimit

(specifikoni) \_\_\_\_\_

Gjendja martesore (specifiko) \_\_\_\_\_

Predispozita gjenetike dhe statusi i bartësit

(specifikoni) \_\_\_\_\_

Statusi i veteranit (specifikoni) \_\_\_\_\_

Orientimi seksual \_\_\_\_\_

Viktimë e Dhunës Shtëpiake \_\_\_\_\_

Tjetër (Përcakto) \_\_\_\_\_

7. Pse besoni se kanë ndodhur këto ngjarje?

8. A keni një avokat apo përfaqësues tjetër për këtë ankesë? Po Jo Nëse "Po", ju lutemi plotësoni sa vijon:

Emri: \_\_\_\_\_ Telefoni: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ Qyteti: \_\_\_\_\_ Shteti: \_\_\_\_\_ Kodi Postar: \_\_\_\_\_

9. A keni paraqitur një rast ose ankesë për këtë incident me ndonjë nga sa më poshtë?

Departamenti Amerikan i Drejtësisë, Divizioni i të Drejtave Civile

Komisioni i US-së për Mundësinë e Punësimit të Barabartë

Departamenti Amerikan i Punës, Qendra për të Drejtat Civile

Tjetër \_\_\_\_\_

Departamenti i Punës i NYS, Divizioni i Zhvillimit të Mundësive të Barabarta

Spektori i të Drejtave të Njeriut i NYS

Gjykata Federale ose Shtetërore

10. Për çdo agjenci të regjistruar në numrin 9, ju lutemi plotësoni informacionin e mëposhtëm:

Agjencia: \_\_\_\_\_

Data e depozitimit: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Rasti ose doket nr.: \_\_\_\_\_

Data e gjyqit ose seancës: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës:  
\_\_\_\_\_

Emri i hetuesit: \_\_\_\_\_

Gjendja e çështjes: \_\_\_\_\_

Komentet:

Agjencia: \_\_\_\_\_

Data e depozitimit: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Rasti ose doket nr.: \_\_\_\_\_

Data e gjyqit ose seancës: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës:  
\_\_\_\_\_

Emri i hetuesit: \_\_\_\_\_

Gjendja e çështjes: \_\_\_\_\_

Komentet:

11. Vërtetohet se informacioni i dhënë më sipër është i vërtetë dhe i deklaruar me saktësi sipas njohurive të mia. Unë autorizoj zbulimin e këtij informacioni tek agjencitë e zbatimit për hetimin e duhur të ankesës sime. Unë e kuptoj se identiteti im do të mbahet konfidencial në masën maksimale të mundshme në përputhje me ligjin në fuqi dhe një përcaktim të drejtë të ankesës sime.

\_\_\_\_\_  
Nënshkrimi i Ankuesit

\_\_\_\_\_  
Data

Stafi pranon ankesën: \_\_\_\_\_  
(Emri me germa shtypi)

\_\_\_\_\_  
Nënshkrimi

\_\_\_\_\_  
Data

Qendra e Karrierës: \_\_\_\_\_

Telefoni: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_