

## קאסטומער אנקלאגע אינפארמאציע פארם

אנקלאגע נומער: \_\_\_\_\_

**אנווייזונגען:** אויב איר האט אן אנקלאגע, ביטע ענדיגט די פארם און שיקט עס אריין צו קאריערע צענטער שטאב. אויב דאס איז א דיסקרימינאציע אנקלאגע, מוזט איר אדער אריינגעבן די פארם צו די קאריערע צענטער גלייכע מעגליכקייט אפיציר, אדער עס שיקן צו:

**New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, 1220 Washington Ave., Building 12, Room 540, Albany, NY 12226**

אויב נויטיג, לייגט צו איבעריגע בלעטער און סיי וועלכע דאקומענטן איבער אייער אנקלאגע.

### 1. באקלאגער (פילט אריין אייער אינפארמאציע)

ערשטער נאמען: \_\_\_\_\_ מיטן אינישעל: \_\_\_\_\_ לעצטע נאמען: \_\_\_\_\_  
אדרעס: \_\_\_\_\_ סיטי: \_\_\_\_\_ שטאט: \_\_\_\_\_ זיפ: \_\_\_\_\_  
אנדערע אדרעס (אויב שייך): \_\_\_\_\_  
SSN (פרייוויליג): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ היים טעלעפאן: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
אנדערע טעלעפאן: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ אימעיל אדרעס: \_\_\_\_\_  
וואס איז די מערסט באקוועמע צייט און וועג פאר אונז זיך צו פארבינדן איבער די אנקלאגע?

איר געב מיין ערלויבעניש צו מיטטיילן אינפארמאציע אנבאלאנגט די אנקלאגע צו (רעכנט אויס נא(ע)מען פון פאמיליע מיטגלידער, פריינט א.ד.ג. וואס קענען באקומען אינפארמאציע אנבאלאנגט אייער אנקלאגע): \_\_\_\_\_

### 2. רעספאנדענט (פילט אריין די אינפארמאציע פאר די טעמע פון אייער אנקלאגע)

אגענטור, ביזנעס אדער ארבעטער איר מאכט די אנקלאגע אנטקעגן: \_\_\_\_\_  
אדרעס: \_\_\_\_\_ סיטי: \_\_\_\_\_ שטאט: \_\_\_\_\_ זיפ: \_\_\_\_\_  
טעלעפאן: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2a. איז די רעספאנדענט א קארעריע צענטער?  יא  ניין

אויב יא, איז די אנקלאגע בנוגע: טרענירונג קאסטומער סערוויס אנדערע \_\_\_\_\_

2b. איז די רעספאנדענט א ביזנעס?  יא  ניין

אויב יא, זענט איר געווארן צוגעוויזן צו די ביזנעס דורך קאריערע צענטער שטאב?  יא  ניין אויב יא, ווען?

2c. איז די רעספאנדענט א פארם?  יא  ניין

2d. וואס איז אייער אנקלאגע וועגן (צייכנט אלע וואס זענען שייך)?

געהאלט/אומבאצאלטע געהאלט קינדער ארבעט געזונט און זיכערקייט ארבעט צושטאנדן האזינג  
טראנספארטאציע מאלצייטן פעסטיסיידס אנדערע \_\_\_\_\_

2e. איז אייער אנקלאגע וועגן דיסקרימינאציע?  יא  ניין

3. שילדערט אין קורצן אייער אנקלאגע. זייט ווי קלאר עס איז מעגליך. אויב איר גלייבט אז איר זענט געווארן דיסקרימינירט אנטקעגן, ביטע שילדערט אין פרטים וויאזוי דאס האט פאסירט.

א. וואס האט פאסירט?

ב. ווער איז געווען פארמישט? (עדות, מיטארבעטער, אויפזעער, א.ד.ג.) שטעלט צו נאָמען, אַדרעס און טעלעפאָן נומער, אויב איר וויסט.

ג. ווען און וואו האט דאס פאסירט (רעכנט אריין דאטום)?

ד. אויב איר גלייבט איז זענט געווארן באהאנדלט אנדערש, שילדערט וויאזוי.

4. זענט איר געווארן פארגעשלאגן ארבעט סערוויסעס? יא ניין

5. וויאזוי וואלט איר געוואלט די אנקלאגע זאל ווערן געשליכט?

אויב דאס איז א דיסקרימינאציע אנקלאגע, פילט אויס נומערן 6-10. אויב דאס איז נישט א דיסקרימינאציע אנקלאגע, גייט צו נומער 11.

6. באצייכנט אלע וואס זענען גילטיג.

קאליר (ספעציפירט)	ראסע (ספעציפירט)
נאציאנאלע אפשטאם (ספעציפירט)	רעליגיע (ספעציפירט)
ארעסט & קאנוויקשאן רעקארד (ספעציפירט)	מין מאן פרוי
הייראט סטאטוס (ספעציפירט)	באגרעניצונג (ספעציפירט)
גענעטישע אויסשטעל & קערריער סטאטוס (ספעציפירט)	בירגערשאפט (ספעציפירט)
וועטעראן סטאטוס (ספעציפירט)	סעקסועל העררעסמענט
סעקסועל אריענטאציע	יארגאנג (ספעציפירט טאג פון געבורט)
געליטענע פון דאמעסטישע אַביוז	פאליטישע פארבינדונג (ספעציפירט)
אנדערע (ספעציפירט)	זיך אנטקעגנשטעלן/נקמה (ספעציפירט)

7. פארוואס גלייבט איר אז די זאכן האבן פאסירט?

8. האט איר אן אדוואקאט אדער אנדערע פארטרעטער פאר די אנקלאגע? יא ניין אויב "יא", ביטע פילט אויס די פאלגענדע:

נאמען: \_\_\_\_\_ טעלעפאן: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
אַדרעס: \_\_\_\_\_ סיטי: \_\_\_\_\_ סטעיט: \_\_\_\_\_ זיפ: \_\_\_\_\_

9. האט איר איינגעגעבן א קעיס אדער אנקלאגע איבער די אינצידענט מיט איינע פון די פאלגענדע?

ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו לעיבאר, אפטיילונג פון גלייכע געלעגנהייט דעוועלאפמענט	US אפטיילונג פון גערעכטיקייט, ציווילע רעכטן אפטיילונג
NYS אפטיילונג פון מענטשליכע רעכטן	US גלייכע ארבעט געלעגנהייט קאמיסיע
פעדעראלע אדער סטעיט געריכט	US דעפארטמענט אוו לעיבאר, ציווילע רעכטן צענטער
	עפעס אנדערש _____

10. פאר יעדע אגענטור געצייכענט אין נומער 9, ביטע פילט אויס די פאלגענדע אינפארמאציע:

אגענטור: _____ דאטום אריינגעגעבן: ____ / ____ / ____	אגענטור: _____ דאטום אריינגעגעבן: ____ / ____ / ____
קעיס אדער דאקעט נומער: _____	קעיס אדער דאקעט נומער: _____
דאטום פון פראצעס אדער הירינג: ____ / ____ / ____	דאטום פון פראצעס אדער הירינג: ____ / ____ / ____
לאקאציע פון אגענטור אדער געריכט: _____	לאקאציע פון אגענטור אדער געריכט: _____
נאמען פון אויספארשער: _____	נאמען פון אויספארשער: _____
סטאטוס פון קעיס: _____	סטאטוס פון קעיס: _____
באמערקונגען: _____	באמערקונגען: _____

11. איך באשטעטיג אז די אינפארמאציע געגעבן אויבן איז אמת און ריכטיג געזאגט לויט מיין בעסטע וויסנשאפט. איך ערלויב די ארויסלאזן פון די אינפארמאציע צו די ענפאסירונג אגענטורן פאר די ריכטיגע אויספארשונג פון מיין אנקלאגע. איך פארשטיי אז מיין אידענטיטעט וועט ווערן געהאלטן אין געהיים די מערסטע מאס מעגליך אין איינקלאנג מיט די געזעץ וואס איז שייך און א גערעכטע באשלוס פון מיין אנקלאגע.

_____ / _____ / _____ דאטום	_____
_____ / _____ / _____ דאטום אונטערשריפ	_____
_____	שטאב וואס באקומט די אנקלאגע: (דריקט נאמען)
_____ - _____ (_____) טעלעפאן:	_____ קאריערע צענטער: