



## বৈষম্যজনিত অভিযোগ সংক্রান্ত তথ্যের ফর্ম

অফিস অফ ডাইভারসিটি, ইকুইটি, ইনক্লুশন অ্যান্ড অ্যাক্সেস-এ বৈষম্যের অভিযোগ দায়ের করতে এই ফর্মটি ব্যবহার করুন। অভিযোগটি হতে পারে: নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ লেবার দ্বারা আপনাকে রেফার করা একজন সরকারী বা বেসরকারী নিয়োগকর্তা বা নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ লেবার বা এর কর্মচারীদের বিরুদ্ধে এবং ওয়ার্কফোর্স ইনোভেশন অ্যান্ড অপর্চুনিটি অ্যাক্টের অধীনে ফেডারেল তহবিল প্রাপকদের বিরুদ্ধে (WIOA) তাদের প্রোগ্রাম, পরিষেবা এবং ক্রিয়াকলাপ সম্পর্কিত বৈষম্যের অভিযোগের জন্য। আপনার নাম এবং তথ্য আইন অনুসারে সম্পূর্ণরূপে গোপন রাখা হবে।

আরও তথ্যের জন্য যান: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> অথবা কল করুন: (518) 457-9000 or (888) 469-7365. বধির, কম শ্রবণ ক্ষমতাসম্পন্ন, বধির বা মূক ব্যক্তির নিউ ইয়র্ক স্টেট রিলে সার্ভিসে TTYITTD-এর জন্য (800) 662-1220 নম্বরে, NYC-তে 211 বা স্টেটের অন্যান্য অংশে 711 নম্বরে কল করতে পারেন।

### নির্দেশাবলী:

- সম্পূর্ণ এবং স্বাক্ষরিত ফর্মটি এবং তার সাথে যেকোনো সহায়ক নথি উপরের ঠিকানায় পাঠান।  
দ্রষ্টব্য: অভিযোগকারী ব্যক্তি বা তাদের প্রতিনিধিকে (10 নম্বর দেখুন) অবশ্যই 13 নম্বরে স্বাক্ষর করতে হবে এবং তারিখ দিতে হবে।
- আপনার এই ফর্ম পূরণে সহায়তা প্রয়োজন হলে, DEOD-এর সাথে 518-457-1984 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।  
দ্রষ্টব্য: কর্মশক্তি উদ্ভাবন এবং সুযোগের বিধান সংক্রান্ত অভিযোগের ক্ষেত্রে, বৈষম্য হওয়ার একশো আশি (180) দিনের মধ্যে অবশ্যই অভিযোগ দাখিল করতে হবে।

### 1. অভিযোগকারী তথ্য (অভিযোগকারী ব্যক্তি):

নাম: \_\_\_\_\_ মধ্য নাম: \_\_\_\_\_ পদবী: \_\_\_\_\_  
ঠিকানা: \_\_\_\_\_  
শহর: \_\_\_\_\_ রাজ্য: \_\_\_\_\_ পিন কোড: \_\_\_\_\_  
সোশাল সিকিউরিটি নম্বর: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ বাড়ির ফোন নম্বর: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
কর্মক্ষেত্রের ফোন নম্বর: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ইমেল ঠিকানা: \_\_\_\_\_  
আপনি কি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ লেবারের কর্মী? হ্যাঁ না

### 2. উত্তরদাতার তথ্য (এজেন্সি, নিয়োগকর্তা, বা কর্মচারী যার বিরুদ্ধে আপনি অভিযোগ করছেন):

নাম: \_\_\_\_\_  
ঠিকানা: \_\_\_\_\_  
শহর: \_\_\_\_\_ রাজ্য: \_\_\_\_\_ পিন কোড: \_\_\_\_\_  
ফোন নম্বর: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3. এই অভিযোগের বিষয়ে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে আমাদের জন্য সবচেয়ে সুবিধাজনক সময় কোনটি?  
\_\_\_\_\_ A.M. P.M.

4a – 4d. আপনার অভিযোগ সংক্ষেপে বর্ণনা করুন। যতটা সম্ভব স্পষ্টভাবে লিখুন। আপনি যদি বিশ্বাস করেন যে আপনার প্রতি বৈষম্যতা করা হয়েছে, তাহলে অনুগ্রহ করে কীভাবে হয়েছে তা বিস্তারিতভাবে বর্ণনা করুন। প্রয়োজন হলে অতিরিক্ত শীট সংযুক্ত করুন। এছাড়াও, আপনার ক্ষেত্রে সম্পর্কিত যেকোন লিখিত উপাদান সংযুক্ত করুন।

4a. কী ঘটেছে? ঘটনা কোথায় ঘটেছে অনুগ্রহ করে তা অন্তর্ভুক্ত করুন।

4b. কারা জড়িত ছিল? সাক্ষী, সহকর্মী, সুপারভাইজার বা অন্যদের অন্তর্ভুক্ত করুন। নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর দিন, যদি জানা থাকে।

4c. কখন ঘটেছিল, কবে? \_\_\_\_\_

4d. কীভাবে আপনার প্রতি ভিন্ন আচরণ করা হয়েছে?

5. আপনি এই অভিযোগ কিভাবে সমাধান করতে চান?

6. আপনাকে কি কর্মসংস্থানের প্রস্তাব দেওয়া হয়েছিল? হ্যাঁ না

7. আপনি কি মনে করেন আপনার প্রতি বৈষম্যতা করা হয়েছে?

হ্যাঁ (যদি "হ্যাঁ," 1 থেকে 13 নম্বরগুলি সম্পূর্ণ করুন)

না (যদি "না" হয়, 13 নম্বরে যান)

8. আপনার প্রতি কীভাবে বৈষম্যতা করা হয়েছিল? প্রযোজ্য সমস্ত চেক করুন এবং অনুরোধ করা তথ্য লিখুন।

জাতি (নির্দিষ্ট করুন): \_\_\_\_\_

যৌন হয়রানি: \_\_\_\_\_

বর্ণ (নির্দিষ্ট করুন): \_\_\_\_\_

জেনেটিক প্রবণতা এবং ক্যারিয়ারের অবস্থা

ধর্ম (নির্দিষ্ট করুন): \_\_\_\_\_

(নির্দিষ্ট করুন): \_\_\_\_\_

জাতীয় উত্স (নির্দিষ্ট করুন): \_\_\_\_\_

প্রবীণ নাগরিকত্বের স্থিতি (নির্দিষ্ট করুন):

লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা X

\_\_\_\_\_

গ্রেপ্তার এবং দোষী সাব্যস্ত করার রেকর্ড

বয়স (জন্ম তারিখ লিখুন): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

(নির্দিষ্ট করুন): \_\_\_\_\_

যৌন অভিমুখীতা: \_\_\_\_\_

অক্ষমতা (নির্দিষ্ট করুন): \_\_\_\_\_

রাজনৈতিক সম্বন্ধ (নির্দিষ্ট করুন): \_\_\_\_\_

বৈবাহিক অবস্থা (নির্দিষ্ট করুন): \_\_\_\_\_

গার্হস্থ্য সহিংসতার শিকার: \_\_\_\_\_

নাগরিকত্ব (নির্দিষ্ট করুন): \_\_\_\_\_

প্রতিক্রিয়া/প্রত্যুত্তর (নির্দিষ্ট করুন): \_\_\_\_\_

অন্যান্য (উল্লেখ করুন): \_\_\_\_\_

9. কেন এমন হয়েছিল বলে আপনার মনে হয়?

10. এই অভিযোগের জন্য আপনার কি একজন অ্যাটর্নি বা অন্য প্রতিনিধি আছে? হ্যাঁ না

যদি "হ্যাঁ," অনুগ্রহ করে নীচে তাদের তথ্য লিখুন:

নাম: \_\_\_\_\_ ফোন নম্বর: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ঠিকানা: \_\_\_\_\_

শহর: \_\_\_\_\_ রাজ্য: \_\_\_\_\_ পিন: \_\_\_\_\_

11. আপনি কি এই ঘটনার বিষয়ে নিচের কোন একটিতে মামলা বা অভিযোগ দায়ের করেছেন?

মার্কিন বিচার বিভাগ (US Department of Justice), নাগরিক অধিকার বিভাগ (Civil Rights Division)

NYS ডিপার্টমেন্ট অফ লেবার, অফিস অফ ডাইভারসিটি, ইকুইটি, ইনক্লুশন অ্যান্ড অ্যাক্সেস

(Office of Diversity, Equity, Inclusion and Access)

যুক্তরাষ্ট্রের ইকুয়াল এমপ্লয়মেন্ট অপর্চুনিটি কমিশন (US Equal Employment Opportunity Commission)

NYS মানবাধিকার বিভাগ (Division of Human Rights)

মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের ডিপার্টমেন্ট অফ লেবার (US Department of Labor), নাগরিক অধিকার কেন্দ্র

(Civil Rights Center)

ফেডারেল বা স্টেট কোর্ট

অন্যান্য: \_\_\_\_\_

Complaint Number:

12. প্রতিটি সংস্কার জন্য যারা 11 নম্বরে চেক ইন করেন, অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য লিখুন:

এজেন্সি: \_\_\_\_\_ নথিভুক্তির তারিখ: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

কেস বা ডকেট নম্বর: \_\_\_\_\_ বিচার বা শুনানির তারিখ: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

সংস্থা বা আদালতের অবস্থান: \_\_\_\_\_

তদন্তকারীর নাম: \_\_\_\_\_

মামলার অবস্থা: \_\_\_\_\_

মন্তব্য:

এজেন্সি: \_\_\_\_\_ নথিভুক্তির তারিখ: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

কেস বা ডকেট নম্বর: \_\_\_\_\_ বিচার বা শুনানির তারিখ: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

সংস্থা বা আদালতের অবস্থান: \_\_\_\_\_

তদন্তকারীর নাম: \_\_\_\_\_

মামলার অবস্থা: \_\_\_\_\_

মন্তব্য:

এজেন্সি: \_\_\_\_\_ নথিভুক্তির তারিখ: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

কেস বা ডকেট নম্বর: \_\_\_\_\_ বিচার বা শুনানির তারিখ: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

সংস্থা বা আদালতের অবস্থান: \_\_\_\_\_

তদন্তকারীর নাম: \_\_\_\_\_

মামলার অবস্থা: \_\_\_\_\_

মন্তব্য:

Complaint Number:

এজেন্সি: \_\_\_\_\_ নথিভুক্তির তারিখ: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

কেস বা ডকেট নম্বর: \_\_\_\_\_ বিচার বা শুনানির তারিখ: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

সংস্থা বা আদালতের অবস্থান: \_\_\_\_\_

তদন্তকারীর নাম: \_\_\_\_\_

মামলার অবস্থা: \_\_\_\_\_

মন্তব্য:

13. আমি প্রত্যয়িত করছি যে আমার সেরা জ্ঞানে এই নথিতে প্রদত্ত তথ্যগুলি সত্যি এবং নির্ভুল।

আমি অনুমতি দিচ্ছি যে আমার অভিযোগের তদন্তের জন্য আইন প্রয়োগকারী সংস্থাকে এই তথ্য দেওয়া হোক।

আমি এ বিষয়ে অবগত যে আমার পরিচয় প্রযোজ্য আইন(গুলি) এর সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণভাবে যতটা সম্ভব গোপন রাখা হবে।

অভিযোগকারীর স্বাক্ষর বা প্রতিনিধির স্বাক্ষর (10 নম্বর দেখুন):

\_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

অভিযোগ ফর্মটি এখানে শেষ হয়েছে। এই লাইনের নিচে লিখবেন না।

Complaint Number:  
\_\_\_\_\_

----- For New York State Department of Labor Staff Only -----

A. Type of complaint. Check all that apply: Wage related Pesticides Child labor Health/Safety  
Working conditions Housing Discrimination Other: \_\_\_\_\_

B. ES related? Yes No If "Yes," Job Order Number: \_\_\_\_\_  
Against employment service? Against employer? Alleged violation of ES regulations?  
Alleged violation of employment laws?  
MSFW with complaint concerning laws enforced by NYS Labor Standards or OSHA?

C. MSFW? Yes No

D. Out of state employer? Yes No

E. H-2A/Criteria employer? US domestic worker H-2A worker Wages Housing  
Transportation Meals Other (specify): \_\_\_\_\_

F. Referred to: NYS EO Officer ESA OSHA NYS Monitor Advocate NYS Labor Standards  
Other: If "Other," enter the following information:

Agency name: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

G. Follow up? Yes No If "Yes," Monthly Quarterly Follow up date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Comments:

Complaint received by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Office: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

----- For United States Department of Labor Staff Only -----

Case Number: \_\_\_\_\_

H. CIF received by CRC: Accepted Not accepted

Comments:

Received by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_