

Έντυπο πληροφοριών καταγγελίας για διακρίσεις

Χρησιμοποιήστε αυτό το έντυπο για να υποβάλετε μία καταγγελία διάκρισης στο Γραφείο Διαφορετικότητας, Ισότητας, Ένταξης και Πρόσβασης. Η καταγγελία μπορεί να στρέφεται κατά: ενός δημόσιου ή ιδιώτη εργοδότη στον οποίο σας παρέπεμψε το Τμήμα Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, ή κατά του Τμήματος Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης ή των υπαλλήλων του, καθώς και κατά των αποδεκτών ομοσπονδιακής χρηματοδότησης βάσει του νόμου περί καινοτομίας και ευκαιριών για το εργατικό δυναμικό (Νόμος περί καινοτομίας και ευκαιριών του εργατικού δυναμικού - WIOA) για ισχυρισμούς περί διακρίσεων σε σχέση με τα προγράμματα, τις υπηρεσίες και τις δραστηριότητές τους. Το όνομα και οι πληροφορίες σας θα παραμείνουν εμπιστευτικά στο μέγιστο βαθμό του νόμου

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφθείτε τη διεύθυνση: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> ή καλέστε: (518) 457-9000 ή (888) 469-7365. Οι κωφοί, οι βαρήκοοι, οι κωφάλαλοι ή όσοι έχουν αναπηρία λόγω μπορούν να καλέσουν την υπηρεσία αναμετάδοσης της Πολιτείας της Νέας Υόρκης στο (800) 662-1220 για ΤΤΥΙΤΤΔ, στο 211 στη Νέα Υόρκη ή στο 711 σε άλλα μέρη της Πολιτείας.

Οδηγίες:

- Αποστείλετε το συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο έντυπο και τυχόν δικαιολογητικά στη διεύθυνση που αναφέρεται παραπάνω.
Σημείωση: Το πρόσωπο που υποβάλλει την καταγγελία ή ο εκπρόσωπός του (βλέπε αριθμό 10) πρέπει να υπογράψει και να χρονολογήσει τον αριθμό 13.
- Εάν χρειάζεστε βοήθεια για τη συμπλήρωση του εντύπου, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τη DEIA στο τηλέφωνο 518-457-1984.
ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι καταγγελίες για τον νόμο περί καινοτομίας και ευκαιρίας του εργατικού δυναμικού πρέπει να υποβάλλονται εντός 180 ημερών από την ημερομηνία που συνέβη το περιστατικό.

1. Πληροφορίες για τον καταγγέλλοντα (πρόσωπο που υποβάλλει την καταγγελία):

Όνομα: _____ ΜΙ: _____ Επώνυμο : _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ ΤΚ: _____

Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης: ____ - ____ - _____

Τηλέφωνο οικίας: (____) ____ - _____

Τηλέφωνο εργασίας: (____) ____ - _____

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: _____

Είστε υπάλληλος του Τμήματος Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης; Ναι Όχι

2. Στοιχεία του ερωτώμενου (Οργανισμός, εργοδότης ή εργαζόμενος για τον οποίο διαμαρτύρεστε):

Όνομα : _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ ΤΚ: _____

Τηλέφωνο: (____) _____ - _____

3. Ποια είναι η καταλληλότερη ώρα για να επικοινωνήσουμε μαζί σας σχετικά με την καταγγελία αυτή;

π.μ. μ.μ.

4α – 4δ. Περιγράψτε εν συντομία την καταγγελία σας. Να είστε όσο το δυνατόν πιο σαφείς. Εάν πιστεύετε ότι υποστήκατε διακρίσεις, περιγράψτε λεπτομερώς τον τρόπο. Επισυνάψτε πρόσθετα φύλλα, εάν χρειάζεται. Επίσης, επισυνάψτε οποιοδήποτε γραπτό υλικό σχετικά με την υπόθεσή σας..

4α. Τι συνέβη; Αναφέρετε πού συνέβη.

4β. Ποιος συμμετείχε; Συμπεριλάβετε μάρτυρες, συναδέλφους, προϊσταμένους ή άλλους. Αναφέρετε όνομα, διεύθυνση και αριθμό τηλεφώνου, εάν είναι γνωστά.

4γ. Πότε συνέβη, σε ποια ημερομηνία; _____

4δ. Πώς σας συμπεριφέρθηκαν διαφορετικά;

5. Πώς θα θέλατε να επιλυθεί αυτή η καταγγελία;

6. Σας προσφέρθηκαν υπηρεσίες απασχόλησης; Ναι Όχι

7. **Θεωρείτε ότι έχετε υποστεί διακρίσεις;** **Ναι (Εάν "Ναι", συμπληρώστε τους αριθμούς 1 έως 13)**
Όχι (Εάν "Όχι", μεταβείτε στον αριθμό 13)

8. Πώς σας έκαναν διακρίσεις; Σημειώστε όλα όσα ισχύουν και καταχωρίστε τις ζητούμενες πληροφορίες.

Φυλή (προσδιορίστε):

Χρώμα (προσδιορίστε):

Θρησκεία (προσδιορίστε):

Εθνική καταγωγή (προσδιορίστε):

Φύλο: Άντρας Γυναίκα

Μητρώο συλλήψεων και καταδικαστικών αποφάσεων (προσδιορίστε):

Αναπηρία (προσδιορίστε):

Οικογενειακή κατάσταση (προσδιορίστε):

Υπηκοότητα (προσδιορίστε):

Άλλο (προσδιορίστε):

Σεξουαλική παρενόχληση:

Γενετική προδιάθεση & κατάσταση φορέα (προσδιορίστε):

Κατάσταση βετεράνου (προσδιορίστε):

Ηλικία (αναγράψτε την ημερομηνία γέννησης):

___ / ___ / ____

Σεξουαλικός προσανατολισμός:

Πολιτική τοποθέτηση (προσδιορίστε):

Θύμα ενδοοικογενειακής βίας:

Ανταπόδοση/αντίποινα (προσδιορίστε):

9. Γιατί νομίζετε ότι συνέβη αυτό;

10. Έχετε πληρεξούσιο δικηγόρο ή άλλο εκπρόσωπο για την καταγγελία αυτή; Ναι Όχι

Εάν "Ναι", παρακαλούμε εισάγετε τα στοιχεία τους παρακάτω:

Όνομα: _____ Τηλέφωνο: (____) _____ - _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ ΤΚ: _____

11. Έχετε υποβάλει υπόθεση ή καταγγελία σχετικά με το περιστατικό αυτό σε κάποιον από τους ακόλουθους φορείς;

Τμήμα Δικαιοσύνης των ΗΠΑ, Διεύθυνση Πολιτικών Δικαιωμάτων

Τμήμα Εργασίας του NYS, Γραφείο Διαφορετικότητας, Ισότητας, Ένταξης και Πρόσβασης

Επιτροπή Ίσων Ευκαιριών Απασχόλησης των ΗΠΑ

Τμήμα Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της NYS

Τμήμα Εργασίας των ΗΠΑ, Κέντρο Πολιτικών Δικαιωμάτων

Ομοσπονδιακό ή Πολιτειακό Δικαστήριο

Άλλο: _____

12. Για κάθε οργανισμό που σημειώθηκε στον αριθμό 11, παρακαλείστε να συμπληρώσετε τις ακόλουθες πληροφορίες:

Οργανισμός : _____ Ημερομηνία κατάθεσης : ____ / ____ / ____

Αριθμός υποθέσεως ή πρωτοκόλλου: _____ Ημερομηνία δίκης ή ακρόασης: ____ / ____ / ____

Τοποθεσία της υπηρεσίας ή του δικαστηρίου: _____

Όνομα του ερευνητή: _____

Κατάσταση της υπόθεσης: _____

Σχόλια:

Οργανισμός: _____ Ημερομηνία κατάθεσης : ____ / ____ / ____

Αριθμός υποθέσεως ή πρωτοκόλλου: _____ Ημερομηνία δίκης ή ακρόασης: ____ / ____ / ____

Τοποθεσία της υπηρεσίας ή του δικαστηρίου: _____

Όνομα του ερευνητή: _____

Κατάσταση της υπόθεσης: _____

Σχόλια:

Complaint Number:

Οργανισμός: _____ Ημερομηνία κατάθεσης : ____ / ____ / ____

Αριθμός υποθέσεως ή πρωτοκόλλου: _____ Ημερομηνία δίκης ή ακρόασης : ____ / ____ / ____

Τοποθεσία της υπηρεσίας ή του δικαστηρίου: _____

Όνομα του ερευνητή: _____

Κατάσταση της υπόθεσης: _____

Σχόλια:

Οργανισμός: _____ Ημερομηνία κατάθεσης: ____ / ____ / ____

Αριθμός υποθέσεως ή πρωτοκόλλου: _____ Ημερομηνία δίκης ή ακρόασης: ____ / ____ / ____

Τοποθεσία της υπηρεσίας ή του δικαστηρίου: _____

Όνομα του ερευνητή: _____

Κατάσταση της υπόθεσης: _____

Σχόλια:

13. **Βεβαιώνω** ότι οι ανωτέρω πληροφορίες είναι αληθείς και ακριβείς εξ όσων γνωρίζω.

Εξουσιοδοτώ τη γνωστοποίηση των πληροφοριών αυτών σε υπηρεσίες επιβολής του νόμου για τη διερεύνηση της καταγγελίας μου.

Κατανόω ότι η ταυτότητά μου θα παραμείνει εμπιστευτική στο μέγιστο δυνατό βαθμό σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Υπογραφή του καταγγέλλοντος ή του αντιπροσώπου (βλέπε αριθμό 10):

_____ Ημερομηνία: ____ / ____ / ____

This is the end of the complaint form. Do not write below this line

This page is for official use only.

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: ___ / ___ / ___

