

Formulaire d'information sur les plaintes pour discrimination

Utilisez ce formulaire pour déposer une plainte pour discrimination auprès du Bureau de la diversité, de l'équité, de l'inclusion et de l'accessibilité. La plainte peut être déposée contre : un employeur public ou privé vers lequel vous avez été orienté par le Département du travail de l'État de New York, ou contre le Département du travail de l'État de New York ou ses employés, et les bénéficiaires d'un financement fédéral au titre de la loi sur l'innovation et les possibilités d'emploi (Workforce Innovation and Opportunity Act, WIOA) pour des allégations de discrimination en rapport avec leurs programmes, services et activités. Votre nom et les données vous concernant resteront confidentiels dans toute la mesure permise par la loi.

Pour plus d'informations, consultez le site : <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> ou appelez : (518) 457-9000 ou (888) 469-7365. Les personnes sourdes, malentendantes, aveugles ou ayant un trouble de la parole peuvent appeler le service de relais de l'État de New York au (800) 662-1220 pour TTYITTD, 211 à New York ou 711 dans les autres zones de l'État.

Instructions :

- Envoyez le formulaire rempli et signé, ainsi que les pièces justificatives, à l'adresse ci-dessus.
Remarque : La personne qui dépose la plainte, ou son représentant (voir numéro 10), doit signer et dater le numéro 13.
- Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez contacter le DEOD au 518-457-1984. REMARQUE : Les plaintes relatives au Loi sur l'innovation et l'opportunité de la main-d'œuvre doivent être déposées dans les 180 jours suivant la date à laquelle l'incident s'est produit.

1. Informations sur le plaignant (personne déposant la plainte) :

Prénom : _____ MI : _____ Nom de famille : _____

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ - _____ - _____ Téléphone fixe : (____) _____ - _____

Téléphone professionnel : (____) _____ - _____ Adresse électronique : _____

Êtes-vous un employé du département du travail de l'État de New York ? Oui Non

2. Informations sur le défendeur (Agence, employeur ou employé dont vous vous plaignez) :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Téléphone : (____) _____ - _____

3. Quel est le moment le plus opportun pour que nous vous contactions au sujet de cette plainte ?

_____ En journée en soirée

4a à 4d. Décrivez brièvement votre plainte. Soyez aussi précis que possible. Si vous pensez avoir été victime de discrimination, veuillez décrire comment, en détail. Joignez des feuilles supplémentaires, si nécessaire. Joignez également tout document écrit relatif à votre affaire.

4a. Que s'est-il passé ? Veuillez indiquer où cela s'est produit.

4b. Qui cela a-t-il impliqué ? Incluez des témoins, des collègues de travail, des superviseurs ou autres. Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone, si vous les connaissez.

4c. Quand cela s'est-il produit, à quelle date ? _____

4d. Comment avez-vous été traité différemment ?

5. Comment souhaitez-vous que cette plainte soit résolue ?

6. Des services d'emploi vous ont-ils été proposés ? Oui Non

7. **Avez-vous le sentiment d'avoir été victime de discrimination ?**

Oui (Si « Oui », remplissez les numéros 1 à 13)

Non (Si « Non », passez au numéro 13)

8. Comment avez-vous été discriminé ? Cochez toutes les cases qui s'appliquent et saisissez les informations demandées.

Race (précisez) : _____

Couleur (préciser) : _____

Religion (précisez) : _____

Origine nationale (préciser) : _____

Sexe : Masculin Féminin X

Dossier d'arrestation et de condamnation
(préciser) : _____

Handicap (préciser) : _____

Situation matrimoniale (préciser) : _____

Nationalité (précisez) : _____

Harcèlement sexuel : _____

Autres (préciser) : _____

Prédisposition génétique et statut de porteur
(préciser) : _____

Statut d'ancien combattant (préciser) :

Âge (Indiquez la date de naissance) :

___ / ___ / ___

Orientation sexuelle : _____

Appartenance politique (préciser) : _____

Victime de violence domestique : _____

Représailles/rétorsion (préciser) : _____

9. Pourquoi pensez-vous que cela s'est produit ?

10. Avez-vous un avocat ou un autre représentant pour cette plainte ? Oui Non

Si « Oui », veuillez saisir leurs informations ci-dessous :

Nom : _____ Téléphone : (____) ____ - ____

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

11. Avez-vous déposé un dossier ou une plainte concernant cet incident auprès de l'un des organismes suivants ?

Département américain de la justice, Direction des droits civils

Département du travail de l'État de New York, Bureau de la diversité, de l'équité, de l'inclusion et de l'accessibilité

Commission américaine pour l'égalité des chances en matière d'emploi

Département des droits de l'homme de l'État de New York

Département américain du travail, Centre des droits civils

Cour fédérale ou d'État

Autres : _____

Complaint Number:

12. Pour chaque agence cochée au numéro 11, veuillez saisir les informations suivantes :

Agence : _____ Date de dépôt : ____ / ____ / ____

Numéro d'affaire ou de dossier : _____ Date du procès ou de l'audience : ____ / ____ / ____

Localisation de l'agence ou du tribunal : _____

Nom de l'enquêteur : _____

Statut de l'affaire : _____

Commentaires : _____

Agence : _____ Date de dépôt : ____ / ____ / ____

Numéro d'affaire ou de dossier : _____ Date du procès ou de l'audience : ____ / ____ / ____

Localisation de l'agence ou du tribunal : _____

Nom de l'enquêteur : _____

Statut de l'affaire : _____

Commentaires : _____

Agence : _____ Date de dépôt : ____ / ____ / ____

Numéro d'affaire ou de dossier : _____ Date du procès ou de l'audience : ____ / ____ / ____

Localisation de l'agence ou du tribunal : _____

Nom de l'enquêteur : _____

Statut de l'affaire : _____

Commentaires : _____

Complaint Number:

Agence : _____ **Date de dépôt :** ____ / ____ / ____

Numéro d'affaire ou de dossier : _____ **Date du procès ou de l'audience :** ____ / ____ / ____

Localisation de l'agence ou du tribunal : _____

Nom de l'enquêteur : _____

Statut de l'affaire : _____

Commentaires :

13. **Je certifie** que les informations ci-dessus sont vraies et exactes au meilleur de ma connaissance.

J'autorise la divulgation de ces informations aux organismes nécessaires pour l'enquête sur ma plainte.

Je suis conscient que mon identité restera confidentielle dans la mesure du possible, conformément aux lois applicables.

Signature du plaignant ou du représentant (voir numéro 10) :

_____ **Date :** ____ / ____ / ____

C'est la fin du formulaire de plainte. Ne pas écrire en dessous de cette ligne.

----- 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: ____ / ____ / ____