

Fòmilè Enfòmasyon Plent Pou Diskriminasyon

Sèvi ak fòmilè sa a pou depoze yon plent pou diskriminasyon avèk Biwo Divèsite, Ekite, Enklizyon ak Aksè. Plent lan ka kont: yon Patwon piblik oswa prive Depatman Travay Eta New York te refere w, oswa kont Depatman Travay Eta New York ansanm ak aplwaye li yo, ak moun k ap resevwa finansman federal dapre Lwa sou Inovasyon ak Opòtinite Mendèv la (WIOA) pou akizasyon diskriminasyon yo an relasyon ak pwogram, sèvis yo, ak aktivite yo. Y ap kenbe non w ak enfòmasyon w konfidansyèl nan tout limit lalwa prevwa.

Pou plis enfòmasyon ale sou: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> oswa rele: (518) 457-9000 or (888) 469-7365. Moun ki Bèbè, ki Tande di, Ki Soud e ki bèbè an menm tan oswa moun ki Gen Andikap ki anpeche yo pale ka rele Sèvis Transmisyon Eta Nouyòk la nan (800) 662-1220 pou TTYITTD, 211 nan NYC, oswa 711 nan lèt pati nan Eta a.

Enstriksyon:

- Voye fòm ki konplete e ki siyen an ak nenpòt dokiman sipò nan adrès ki anlè a.
Remak: Moun ki pote plent lan, oswa reprezantan yo (gade nimewo 10), dwe siyen e date 13.
- Si w se ou bezwen èd pou w ranpli fòmilè sa a, ou ka kontakte DEOD nan 518-457-1984.
REMAK: Plent konsnan Lwa sou Opòtinite ak Inovasyon Mendèv yo dwe depoze nan espas 180 jou apati dat ensidan an te rive a.

1. Enfòmasyon sou moun ki pote plent lan (Moun k ap fè plent lan):

Prenon: _____ MI: _____ Siyati: _____

Adrès: _____

Vil: _____ Eta: _____ Zip Kòd: _____

Nimewo Sekirite Sosyal: _____ - _____ - _____ Telefòn Lakay: (____) _____ - _____

Telefòn Travay: (____) _____ - _____ Adrès Imel: _____

Èske ou se yon anplwaye Depatman Travay Eta Nouyòk? Wi Non

2. Enfòmasyon sou repondan an (Ajans, anplwayè, oswa anplwaye ou ap pote plent lan):

Non: _____

Adrès: _____

Vil: _____ Eta: _____ Zip Kòd: _____

Telefòn: (____) _____ - _____

3. Ki lè ki pi bon pou nou kontakte ou konsènan plent sa a? _____ A.M. P.M.

Complaint Number:

4a – 4d. Fè yon ti pale sou plent ou. Ou dwe klè ke posib. Si ou kwè ke te gen diskriminasyon ki te fèt kont ou, tanpri dekri ki jan, an detay. Atache fèy adisyonèl, si sa nesesè. Epitou, atache nenpòt materyèl ekri ki gen rapò ak ka w la.

4a. Kisa ki te rive? Tanpri enkli kote li te pase.

4b. Ki moun ki te enplike? Mete temwen, anplwaye parèy ou, sipèvizè oswa lòt moun. Bay non, adrès ak nimewo telefòn, si ou konnen.

4c. Kilè sa te rive, nan ki dat? _____

4d. Kòman yo te trete ou diferaman?

5. Ki jan ou ta renmen plent sa a yo dwe rezoud?

6. Eske yo te ofri w sèvis travay? Wi Non

7. **Eske ou santi ou te sibi diskriminasyon? Wi (Si wi, nimewo konplè 1 jiska 13)**

Non (Si "Non," Sote ale nan nimewo 13)

8. Kòman diskriminasyon te fèt kont ou? Tcheke tout sa ki aplike epi antre enfòmasyon yo mande yo.

Ras (presize): _____

Arasman Seksyèl: _____

Koulè (presize): _____

Jenetik predispozisyon & estati konpayi asirans

Relijyon (precize): _____

(presize): _____

Orijin Nasyonal (presize): _____

Estati Venteran (presize): _____

Sèks: Gason Fi X

Laj (Mete dat nesans lan): ___ / ___ / ____

Arestasyon & kondanasyon dosye (presize):

Orientasyon seksyèl: _____

Andikap (presize): _____

Afilyasyon politik (presize): _____

Estati matrimonyal (presize): _____

Viktim Vyolans Domestik: _____

Sitwayènte (presize): _____

Reprezantasyon/vanjans (presize): _____

Lòt (presize): _____

9. Poukisa ou panse sa te rive?

10. Èske ou gen yon avoka oswa yon lòt reprezantan pou plent sa a? Wi Non

Si "Wi," tanpri antre enfòmasyon yo anba a:

Non: _____ Telefòn: (____) ____ - _____

Adrès: _____

Vil: _____ Eta: _____ Zip Kòd: _____

11. Eske ou te depoze yon ka oswa yon plent sou ensidan sa a avèk nenpòt nan bagay sa yo?

Depatman Lajistis Etazini, Divizyon Dwa Sivil

Depatman Travay Eta New York, Biwo Divèsite, Ekite, Enklizyon ak Aksè

Komisyon Ameriken pou Chans Egal pou Jwenn Travay

Divizyon Dwa Moun NYS

Depatman Travay Ameriken, Sant Dwa Sivil

Federal oswa Tribinal Eta a

Lòt: _____

12. Pou chak ajans tcheke nan nimewo 11, tanpri antre enfòmasyon sa yo:

Ajans: _____ Dat li te ranpli: ____ / ____ / ____

Nimewo dosye oswa ka a: _____ Dat jijman oswa odyans: ____ / ____ / ____

Kote ajans oswa tribinal: _____

Non anketè: _____

Stati ka a: _____

Kòmantè:

Ajans: _____ Dat li te ranpli: ____ / ____ / ____

Nimewo dosye oswa ka a: _____ Dat jijman oswa odyans: ____ / ____ / ____

Kote ajans oswa tribinal: _____

Non anketè: _____

Stati ka a: _____

Complaint Number:

Kòmantè:

Ajans: _____ Dat li te ranpli: ____ / ____ / ____

Nimewo dosye oswa ka a: _____ Dat jijman oswa odyans: ____ / ____ / ____

Kote ajans oswa tribinal: _____

Non anketè: _____

Stati ka a: _____

Kòmantè:

Ajans: _____ Dat li te ranpli: ____ / ____ / ____

Nimewo dosye oswa ka a: _____ Dat jijman oswa odyans: ____ / ____ / ____

Kote ajans oswa tribinal: _____

Non anketè: _____

Stati ka a: _____

Kòmantè:

13. **Mwen sètifye** ke enfòmasyon ki anwo yo se verite ak egzat nan pi bon nan konesans mwen an.

Mwen otorize divilgasyon enfòmasyon sa yo bay ajans ki fè respekte lalwa pou envestigasyon an nan plent mwen an.

Mwen konprann ke idantite mwen pral rete konfidansyèl nan limit maksimòm posib ki konsistan avèk lwa aplikab yo.

Siyati moun ki pote plent lan oswa siyati Reprezantan an (gade nimewo 10):

_____ Dat: ____ / ____ / ____

Sa a se fen fòmilè plent lan. Pa ekri anba liy sa a.

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: ___ / ___ / ___