



विविधता, समानता, समावेशन और एक्सेस कार्यालय में भेद-भाव की शिकायत दर्ज करने के लिए इस फॉर्म का उपयोग करें। शिकायत निम्न के विरुद्ध हो सकती है: वह सार्वजनिक या निजी नियोक्ता जिसके पास आपको न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग द्वारा भेजा गया हो, या न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग या उसके कर्मचारियों के विरुद्ध, तथा कार्य बल नवाचार और अवसर अधिनियम (WIOA) के अंतर्गत संघीय निधि प्राप्त करने वालों के विरुद्ध, जिनके कार्यक्रमों, सेवाओं और गतिविधियों के संबंध में भेद-भाव के आरोप हों। आपका नाम और जानकारी कानून की पूरी सीमा तक गोपनीय रखी जाएगी।

अधिक जानकारी के लिए यहां जाएं: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> या कॉल करें: (518) 457-9000 या (888) 469-7365. जो लोग बधिर, कम सुनने वाले, बधिर-अंधे या बोलने में अक्षम हैं, वे न्यूयॉर्क राज्य रिसे सेवा को TTYITTD के लिए (800) 662-1220, NYC में 211, या राज्य के अन्य भागों में 711 पर कॉल कर सकते हैं।

निर्देश:

- पूर्ण रूप से भरा हुआ एवं हस्ताक्षरित फॉर्म तथा सभी सहायक दस्तावेज उपरोक्त पते पर भेजें।
नोट: शिकायत करने वाले व्यक्ति या उनके प्रतिनिधि (संख्या 10 देखें) को संख्या 13 पर हस्ताक्षर और तारीख डालना होगी।
- यदि आपको यह फॉर्म भरने में सहायता चाहिए तो आप 518-457-1984 पर DEIA से संपर्क कर सकते हैं।
नोट: कार्यबल नवाचार और अवसर अधिनियम के तहत शिकायतें घटना की तारीख से 180 दिनों के भीतर दर्ज की जानी चाहिए।

1. शिकायतकर्ता की जानकारी (शिकायत करने वाला व्यक्ति):

पहला नाम: _____ MI: _____ उपनाम: _____
पता: _____
शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____
सामाजिक सुरक्षा संख्या: _____ - _____ - _____ घर का फोन: (____) _____ - _____
ऑफिस का फोन: (____) _____ - _____ ई-मेल पता: _____
क्या आप न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग के कमाचारी हैं? हाँ नहीं

2. उत्तरदाता की जानकारी (एजेंसी, शनयोक्ता या कमाचारी जजसके बारेमेंआप शिकायत कर रहेहैं):

नाम: _____
पता: _____
शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____
फ़ोन: (____) _____ - _____

3. इस शिकायत के बारे में आपसे संपर्क करने के लिए हमारे लिए सबसे सुविधा जनक समय क्या है? पूर्वाह्न सायं

4a – 4d. अपनी शिकायत का संक्षेप में वर्णन करें। जितना संभव हो सके उतना स्पष्ट रहें। यदि आपको लगता है कि आपके साथ भेद-भाव किया गया है, तो कृपया विस्तार से बताएं कि कैसे। यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त शीट संलग्न करें। इसके अलावा, अपने मामले से संबंधित कोई भी लिखित सामग्री संलग्न करें।

4a. क्या हुआ? कृपया बताएं कि यह कहां हुआ।

4b. इसमें कौन शामिल था? इसमें गवाह, सहकर्मी, पर्यवेक्षक या अन्य लोग शामिल हों। यदि ज्ञात हो तो नाम, पता और फोन नंबर बताएं।

4c. यह कब हुआ, किस तारीख को? _____

4d. आपके साथ किस प्रकार अलग व्यवहार किया गया?

5. आप इस शिकायत का समाधान कैसे चाहते हैं?

6. क्या आपको रोजगार सेवाएँ प्रदान की गईं? हाँ नहीं

7. क्या आपको लगता है कि आपके साथ भेदभाव किया गया है?

हाँ (यदि हाँ, तो 1 से 13 तक की संख्याएँ पूरी करें)

नहीं (यदि "नहीं" तो सीधे संख्या 13 पर जाएं)

8. आपके साथ किस प्रकार भेदभाव किया गया? सभी लागू होने वाले स्थानों को चिह्नित करें और मांगी गई जानकारी दर्ज करें।
- | | |
|---|--|
| जाति (निर्दिष्ट करें): _____ | यौन उत्पीड़न: _____ |
| रंग (निर्दिष्ट करें): _____ | आनुवंशिक प्रवृत्ति एवं वाहक स्थिति (निर्दिष्ट करें): _____ |
| धर्म (निर्दिष्ट करें): _____ | अनुभवी स्थिति (निर्दिष्ट करें): _____ |
| राष्ट्रीय मूल (निर्दिष्ट करें): _____ | आयु (जन्म तिथि दर्ज करें): ____ / ____ / ____ |
| लिंग: पुरुष महिला X | यौन उन्मुखीकरण (निर्दिष्ट करें): _____ |
| गिरफ्तारी एवं दोषसिद्धि रिकॉर्ड (निर्दिष्ट करें): _____ | राजनीतिक संबद्धता (निर्दिष्ट करें): _____ |
| विकलांगता (निर्दिष्ट करें): _____ | घरेलू हिंसा के शिकार (निर्दिष्ट करें): _____ |
| वैवाहिक स्थिति (निर्दिष्ट करें): _____ | प्रतिशोध/प्रतिशोध (निर्दिष्ट करें): _____ |
| नागरिकता (निर्दिष्ट करें): _____ | |
| अन्य (निर्दिष्ट करें): _____ | |

9. आपके विचार से ऐसा क्यों हुआ?

10. क्या इस शिकायत के लिए आपके पास कोई वकील या अन्य प्रतिनिधि है? हाँ नहीं

यदि "हाँ" तो कृपया नीचे उनकी जानकारी दर्ज करें:

नाम : _____ फ़ोन: (____) _____ - _____

अटॉर्नी का पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____

11. क्या आपने इस घटना के संबंध में निम्नलिखित में से किसी के पास मामला या शिकायत दर्ज कराई है?

अमेरिकी न्याय विभाग, नागरिक अधिकार प्रभाग

NYS श्रम विभाग, विविधता, समानता, समावेशन और पहुंच

कार्यालय अमेरिकी समान रोजगार अवसर आयोग

NYS मानव अधिकार प्रभाग

अमेरिकी श्रम विभाग, नागरिक अधिकार केंद्र

संघीय या राज्य न्यायालय

अन्य: _____

12. संख्या 11 में चिह्नित प्रत्येक एजेंसी के लिए कृपया निम्नलिखित जानकारी दर्ज करें:

एजेंसी: _____ दायर तिथि: ___ / ___ / ___

मामला या डॉकेट संख्या: _____ परीक्षण या सुनवाई की तिथि: ___ / ___ / ___

एजेंसी या अदालत का स्थान: _____

अन्वेषक का नाम: _____

मामले की स्थिति: _____

टिप्पणियाँ:

एजेंसी: _____ दायर तिथि: ___ / ___ / ___

मामला या डॉकेट संख्या: _____ परीक्षण या सुनवाई की तिथि: ___ / ___ / ___

एजेंसी या अदालत का स्थान: _____

अन्वेषक का नाम: _____

मामले की स्थिति: _____

टिप्पणियाँ:

Complaint Number:

एजेसी: _____ दायर तिथि: ___ / ___ / ___

मामला या डॉकेट संख्या: _____ परीक्षण या सुनवाई की तिथि: ___ / ___ / ___

एजेसी या अदालत का स्थान: _____

अन्वेषक का नाम: _____

मामले की स्थिति: _____

टिप्पणियाँ:

एजेसी: _____ दायर तिथि: ___ / ___ / ___

मामला या डॉकेट संख्या: _____ परीक्षण या सुनवाई की तिथि: ___ / ___ / ___

एजेसी या अदालत का स्थान: _____

अन्वेषक का नाम: _____

मामले की स्थिति: _____

टिप्पणियाँ:

13. मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त दी गई जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सटीक है।

मैं अधिकृत करता हूँ कि मेरी शिकायत की जाँच के लिए प्रवर्तन एजेंसियों को इस जानकारी का खुलासा करना।

मैं समझता हूँ कि मेरी पहचान को लागू कानून(नों) के अनुरूप अधिकतम संभव सीमा तक गोपनीय रखा जाएगा।

शिकायतकर्ता के हस्ताक्षर या प्रतिनिधि के हस्ताक्षर (संख्या 10 देखें):

_____ Date: ___ / ___ / ___

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: ___ / ___ / ___