

Modulo di informazioni relative al reclamo per discriminazione

Utilizzate questo modulo per presentare un reclamo per discriminazione all'Ufficio Diversità, Equità, Inclusione e Accesso (Office of Diversity, Equity, Inclusion and Access). Il reclamo può essere presentato contro: un datore di lavoro pubblico o privato a cui si è stati indirizzati dal Dipartimento del lavoro dello Stato di New York (New York State Department of Labor), o contro il Dipartimento del lavoro dello Stato di New York o i suoi dipendenti, e i beneficiari di finanziamenti federali ai sensi della Legge sull'innovazione e le opportunità della forza lavoro (Workforce Innovation and Opportunity Act, o WIOA) per accuse di discriminazione in relazione ai loro programmi, servizi e attività. Il vostro nome e le vostre informazioni saranno mantenute riservate nella misura massima consentita dalla legge.

Per maggiori informazioni, è possibile visitare la pagina: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> o telefonare al numero: (518) 457-9000 o (888) 469-7365. Le persone non udenti, ipoudenti, non udenti-non vedenti o con difficoltà di linguaggio possono rivolgersi al New York State Relay Service al numero (800) 662-1220 per TTYITTD, 211 nella Città di New York, oppure 711 nelle altre parti dello Stato.

Istruzioni:

- Inviare per posta il modulo compilato e firmato e ogni documento giustificativo all'indirizzo sopra indicato.
Nota: La persona che presenta il reclamo o il suo rappresentante (si veda il punto n. 10) deve firmare e datare al punto n. 13.
- Se occorre aiuto per la compilazione del presente modulo, è possibile contattare la DEOD al numero 518-457-1984.
NOTA: I reclami in base alla Legge sull'innovazione e le opportunità per la forza lavoro devono essere presentati entro 180 giorni dalla data in cui è avvenuto l'episodio.

1. Informazioni sul Denunciante (Persona che effettua il reclamo):

Nome: _____ Iniz. 2° nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo: _____

Località: _____ Stato: _____ Codice postale: _____

Numero di sicurezza sociale: ____ - ____ - ____ Telefono casa: (____) ____ - ____

Telefono lavoro: (____) ____ - ____ Indirizzo e-mail: _____

Il Denunciante è un dipendente del Dipartimento del lavoro dello Stato di New York? Sì No

2. Informazioni sul convenuto (Agenzia, datore di lavoro o dipendente su cui si esprime il reclamo):

Nome: _____

Indirizzo: _____

Località: _____ Stato: _____ Codice postale: _____

Telefono: (____) ____ - ____

3. Qual è l'orario più adatto in cui possiamo contattare il denunciante a proposito di questo reclamo?

_____ matt. pom.

4a. Cos'è accaduto? Includere il luogo dove è accaduto.

4c. Quando è accaduto, in quale data? _____

5. In che modo il denunciante vorrebbe che venga risolto questo reclamo?

6. Al denunciante sono stati offerti servizi per l'impiego? Sì No

Pagina 2 di 6

8. In che modo il denunciante è stato discriminato? Selezionare tutte le opzioni applicabili e inserire le informazioni richieste.

Razza (specificare): _____

Colore (specificare): _____

Religione (specificare): _____

Origine nazionale (specificare): _____

Sesso: Maschile Femminili ☒ X

Fedina penale (specificare): _____

Disabilità (specificare): _____

Stato civile (specificare): _____

Cittadinanza (specificare): _____

Molestie sessuali: _____

Altro (specificare): _____

Predisposizione genetica e condizione di portatore (specificare): _____

Status di veterano (specificare): _____

Età (indicare la data di nascita):

____ / ____ / ____

Orientamento sessuale: _____

Appartenenza politica (specificare): _____

Vittima di violenza domestica: _____

Rappresaglia/ritorsione (specificare): _____

9. Perché il denunciante pensa che sia accaduto questo?

10. Il denunciante ha nominato un avvocato o un altro rappresentante per questo reclamo? Sì No

Se "Sì," indicare di seguito i relativi dati:

Nome: _____ Telefono: (____) ____ - ____

Indirizzo: _____

Località: _____ Stato: _____ Codice postale: _____

11. Il denunciante ha avviato una causa o un reclamo su questo episodio presso uno dei seguenti enti?

US Department of Justice, Civil Rights Division (Dipartimento della giustizia degli Stati Uniti - Divisione Diritti civili)

Dipartimento del Lavoro dello Stato di New York, Ufficio Diversità, Equità, Inclusione e Accesso

Commissione sulle pari opportunità nel rapporto di impiego (Equal Employment Opportunity Commission) degli Stati Uniti

Divisione per i diritti umani (Division of Human Rights) dello Stato di New York

US Department of Labor, Civil Rights Center (Dipartimento del lavoro degli Stati Uniti - Centro Diritti civili)

Tribunale federale o statale

Altro: _____

12. Per ciascuna agenzia selezionata al punto n. 11, inserire le seguenti informazioni:

Agenzia: _____ Data di presentazione: ____ / ____ / ____

Numero pratica o iscrizione a ruolo: _____ Data del processo o dell'udienza: ____ / ____ / ____

Sede dell'agenzia o del tribunale: _____

Nome dell'investigatore: _____

Situazione della pratica: _____

Commenti:

Agenzia: _____ Data di presentazione: ____ / ____ / ____

Numero pratica o iscrizione a ruolo: _____ Data del processo o dell'udienza: ____ / ____ / ____

Sede dell'agenzia o del tribunale: _____

Nome dell'investigatore: _____

Situazione della pratica: _____

Commenti:

Agenzia: _____ Data di presentazione: ____ / ____ / ____

Numero pratica o iscrizione a ruolo: _____ Data del processo o dell'udienza: ____ / ____ / ____

Sede dell'agenzia o del tribunale: _____

Nome dell'investigatore: _____

Situazione della pratica: _____

Commenti:

Complaint Number:

Agenzia: _____ **Data di presentazione:** ____ / ____ / ____

Numero pratica o iscrizione a ruolo: _____ **Data del processo o dell'udienza:** ____ / ____ / ____

Sede dell'agenzia o del tribunale: _____

Nome dell'investigatore: _____

Situazione della pratica: _____

Commenti:

13. **Certifico** che le informazioni sopra riportate sono vere e accurate per quanto a mia conoscenza.

Autorizzo la divulgazione di queste informazioni ad agenzie delle forze dell'ordine per le indagini riguardanti questo reclamo.

Sono consapevole che si manterrà la massima riservatezza possibile sulla mia identità, in conformità con le leggi vigenti.

Firma del denunciante o Firma del rappresentante (si veda il numero 10):

_____ **Data:** ____ / ____ / ____

Fine del modulo di reclamo. Non scrivere al di sotto questa riga.

----- 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: ____ / ____ / ____