

## 差別への苦情に関する情報フォーム

このフォームを使って多様性、公平性、包括性、アクセシビリティ (DEIA) 事務局への苦情を申し出てください。この苦情は、ニューヨーク州労働局から紹介された公共または民間の雇用主、ニューヨーク州労働局またはその職員、および労働力革新機会法 (WIOA) に基づく連邦資金の受給者に対するプログラム、サービスおよび活動に関する差別に対して申し立てることができます。あなたの氏名および情報は、法律の及ぶ最大限の範囲において秘密が保持されます。

詳細は <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> ご覧いただくか、電話：(518) 457-9000または(888) 469-7365にお問い合わせください。聴覚障害者、難聴者、盲ろう者、または言語障害のある方は、ニューヨーク州中継サービスにお電話ください。TTY/TTDの場合は、ニューヨーク市内では、(800) 662-1220に続いて211、州の他の地域では(800) 662-1220に続いて711にかけます。

### 方法:

- 記入および署名したフォームと添付書類を上記の住所に郵送してください。  
注：苦情を申し出る本人またはその代理人 (10参照) は、13に署名と日付を記入すること。
- このフォームの記入にサポートが必要な場合は、DEIA (518-457-1984) までご連絡ください。  
注：労働力革新機会法□Workforce Innovation and Opportunity Act□ による苦情は、事件が発生した日から180日以内に提出しなければなりません。

### 1. 苦情申立人に関する情報 (苦情を申し立てる人) :

名: \_\_\_\_\_ ミドルネーム: \_\_\_\_\_ 姓: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

都市名: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵便番号: \_\_\_\_\_

社会保障番号: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 自宅の電話: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

勤務先の電話: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Eメールアドレス: \_\_\_\_\_

あなたはニューヨーク州労働局の職員ですか? はい いいえ

### 2. 回答者の情報 (苦情を申し立てている機関、雇用主、または従業員) :

名前: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

都市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵便番号: \_\_\_\_\_

Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 3. この苦情についてご連絡を差し上げるのに、最も都合のよい時間帯を教えてください。 午前 午後

4a – 4d. 苦情を簡潔にご記入ください。できるだけ明確にお願いいたします。差別を受けたと思われる場合は、どのように差別を受けたかを具体的に説明してください。必要な場合は、追加シートを添付してください。また、あなたの事例に関する書面も添付してください。

4a. 何が起こったのですか？どこで起きたのかも含めてください。

4b. 誰が関与したのですか？目撃者、同僚、上司、その他を含めてください。氏名、住所、電話番号が分かれば記入してください。

4c. それはいつ起きたのですか、日付はいつでしたか？ \_\_\_\_\_

4d. どのような異なる扱いを受けましたか？

5. この苦情をどのように解決してほしいですか？

6. あなたに雇用サービスは提供されましたか？ はい いいえ

7. 差別されていると感じますか？ はい（「はい」の場合、1～13に記入）  
いいえ（「いいえ」の場合は13に進む）

8. どのような差別を受けたのですか？該当するものをすべてチェックし、必要な情報を入力してください。

人種（具体的に）：

\_\_\_\_\_

色（具体的に）：

\_\_\_\_\_

宗教（具体的に）：

\_\_\_\_\_

出身国（具体的に）：\_\_\_\_\_

性別： 男性 女性 X

逮捕歴・前科歴（具体的に）：

\_\_\_\_\_

障害（具体的に）：

\_\_\_\_\_

配偶者の有無（具体的に）：

\_\_\_\_\_

市民権（具体的に）：

\_\_\_\_\_

その他（具体的に）：\_\_\_\_\_

セクハラ：\_\_\_\_\_

遺伝性素因およびキャリアの状態（具体的に）：

\_\_\_\_\_

退役軍人の地位（具体的に）：

\_\_\_\_\_

年齢（生年月日を入力してください）：

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

性的指向：\_\_\_\_\_

所属政党（具体的に）：\_\_\_\_\_

家庭内暴力の被害者：\_\_\_\_\_

報復/仕返し（具体的に）：\_\_\_\_\_

9. なぜこのようなことが起こったと思いますか？

10. この苦情について、弁護士またはその他の代理人がいますか？ はい いいえ

「はい」の場合は、以下にその方の情報について入力してください：

名前：\_\_\_\_\_ 電話：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住所：\_\_\_\_\_

都市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵便番号：\_\_\_\_\_

11. この件に関して、以下のいずれかに事件または苦情を申し立てましたか？

米国司法省公民権局

ニューヨーク州労働省、多様性、公平性、包括性、アクセシビリティ（DEIA）事務局

米国雇用機会均等委員会

ニューヨーク州人権課

米国労働省公民権センター

連邦裁判所または州裁判所

その他: \_\_\_\_\_

Complaint Number:

\_\_\_\_\_

12. 11でチェックした各機関について、以下の情報を入力してください：

代理店： \_\_\_\_\_ 申し立て提出日： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

または訴訟事件番号： \_\_\_\_\_ 裁判または審問の日付： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

機関または裁判所の所在地： \_\_\_\_\_

調査者名： \_\_\_\_\_

事例の状況： \_\_\_\_\_

コメント：

代理店： \_\_\_\_\_ 申し立て提出日： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

または訴訟事件番号： \_\_\_\_\_ 裁判または審問の日付： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

機関または裁判所の所在地： \_\_\_\_\_

調査者名： \_\_\_\_\_

事例の状況： \_\_\_\_\_

コメント：

代理店： \_\_\_\_\_ 申し立て提出日： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

または訴訟事件番号： \_\_\_\_\_ 裁判または審問の日付： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

機関または裁判所の所在地： \_\_\_\_\_

調査者名： \_\_\_\_\_

事例の状況： \_\_\_\_\_

コメント：

Complaint Number:

代理店: \_\_\_\_\_ 申し立て提出日: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

または訴訟事件番号: \_\_\_\_\_ 裁判または審問の日付: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

機関または裁判所の所在地: \_\_\_\_\_

調査者名: \_\_\_\_\_

事例の状況: \_\_\_\_\_

コメント:

13. 上記の情報は、私の知る限りにおいて真実かつ正確であることを証明します。

私は、私の苦情の調査のために、この情報を執行機関に開示することを承認 します。

私は、適用される法律に従い、私の身元が可能な限り秘密にされることを理解 します。

苦情申立人の署名または代理人の署名（10参照）：

\_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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