Office of Diversity, Equity,
Inclusion and Access
1220 Washington Ave.
Building 12, Room 540
Albany, NY 12226

WE ARE YOUR DOL

NEW YORK STATE | Department of Labor

Complaint Number: _____

차별 불만 정보 양식

이 양식을 사용하여 다양성, 형평성, 포용성 및 접근성 담당 사무국에 차별에 대한 불만을 제기하십시오. 프로그램, 서비스 및 활동과 관련된 차별 혐의에 대해 뉴욕주 노동부가 귀하를 위탁한 공공 또는 민간 고용주, 뉴욕주 노동부 또는 그 직원, 인력 혁신 및 기회법(Workforce Innovation and Opportunity Act, WIOA)에 따른 연방 기금 수령자를 대상으로 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하의 이름과 정보는 법이 허용하는 범위 내에서 최대한 기밀로 유지됩니다.

자세한 내용은 사이트: https://dol.ny.gov/equal-opportunity 를 방문하거나 또는 전화: (518) 457-9000 또는 (888) 469-7365 번으로 전화하십시오. 청각 장애인, 난청, 시청각 장애인 또는 언어 장애가 있는 사람들은 TTYITTD의 경우 (800) 662-1220, NYC의 경우 211, 뉴욕주의 다른 지역의 경우 711로 뉴욕주 중계 서비스에 전화할 수 있습니다.

지침:

- 작성하고 서명한 양식과 증빙 서류를 위의 주소로 우송하십시오.
  주: 불만을 제기하는 사람 또는 그 대리인(10번 참조)은 13번에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.
- 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하면 DEOD에 518-457-1984로 연락하십시오.
  주: 인력 혁신 및 기회법에 대한 불만 사항은 사건이 발생한 날로부터 180일 이내에 제출해야 합니다.

1. 불만 제기자 정보(불만을 제기하는 사람):

이름: _____ 중간 이름: _____ 성: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

사회 보장 번호: ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ 전화번호: (_____) _____ - _____

직장 전화번호: (_____) _____ - _____ 이메일 주소: _____

뉴욕주 노동부 직원이십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

2. 응답자 정보(불만을 제기하는 기관, 고용주 또는 직원):

이름: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전화: (_____) _____ - _____

3. 이 불만 사항에 대해 귀하에게 연락하기 가장 편리한 시간은 언제입니까? _____ ☐ 오전 ☐ 오후

Complaint Number: _____

4a – 4d. 불만 사항을 간략하게 기술하십시오. 가급적 명확히 기재하십시오. 차별을 받았다고 생각되면 그 상황을 구체적으로 기술하십시오. 필요하면 별도의 용지를 첨부하십시오. 또한 귀하의 사건과 관련된 서면 자료를 첨부하십시오.

4a. 무슨 일이 발생했습니까? 사건이 발생한 장소를 포함하십시오.

4b. 누가 관련되었습니까? 증인, 동료 직원, 상사 또는 기타 관련된 사람을 포함하십시오. 알고 있는 경우 이름, 주소 및 전화번호를 제공하십시오.

4c. 언제 사건이 발생했습니까? _____

4d. 어떻게 차별 대우를 받았습니까?

5. 이 불만이 어떻게 해결되기를 원하십니까?

6. 고용 서비스를 제공받았습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

7. **차별을 받았다고 느끼십니까?** ☐ **예("예"인 경우 1번~13번 항목 기입)**
   ☐ **아니요("아니요"인 경우 13번 항목으로 건너뛰십시오)**

8. 어떻게 차별 받았습니까? 해당하는 항목을 모두 체크하고 필요한 정보를 입력하십시오.

☐ 인종(구체적으로 기술): _____
☐ 유전적 소인 및 보인자 상태(구체적으로 기술): _____
☐ 피부색(구체적으로 기술): _____
☐ 종교(구체적으로 기술): _____
☐ 재향 군인 신분(구체적으로 기술): _____
☐ 국적(구체적으로 기술): _____
☐ 나이(생년월일 입력): _____
☐ 성별: ☐ 남성 ☐ 여성 ☐ X
☐ 성적 취향: ____ / ____ / _____
☐ 체포 및 유죄 판결 기록(구체적으로 기술): ____
☐ 정치적 성향(구체적으로 기술): _____
☐ 장애(구체적으로 기술): _____
☐ 가정 폭력 피해자: _____
☐ 혼인 여부(구체적으로 기술): _____
☐ 보복/앙갚음(구체적으로 기술): _____
☐ 시민권(구체적으로 기술): _____
☐ 기타(구체적으로 기술): _____
☐ 성희롱: _____

Complaint Number:
_____

9. 왜 이런 일이 발생했다고 생각하십니까?

10. 이 불만을 담당할 변호사 또는 기타 대리인이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
"예"인 경우 아래에 그와 관련된 정보를 입력하십시오.

이름: _____ 전화: (_____) _____ - _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

11. 이 사건과 관련하여 다음 기관에 소송이나 불만을 제기한 적이 있습니까?

☐ US Department of Justice, Civil Rights Division

☐ 뉴욕주 노동부, 평등 기회 개발부

☐ NYS Department of Labor, Office of Diversity, Equity, Inclusion and Access

☐ 뉴욕주 노동부, 다양성, 형평성, 포용성 및 접근성 사무국

☐ US Department of Labor, Civil Rights Center

☐ 연방 또는 주 법원

☐ 기타: _____

12. 11번에서 체크한 각 기관에 대해 다음 정보를 입력하십시오.

기관: _____ 불만 제기 날짜: ____ / ____ / _____

사건 또는 문서 번호: _____ 재판 또는 심리 날짜: ____ / ____ / _____

기관 또는 법원의 위치: _____

조사원 이름: _____

사건 현황: _____

설명:

기관: _____ 불만 제기 날짜: ____ / ____ / _____

사건 또는 문서 번호: _____ 재판 또는 심리 날짜: ____ / ____ / _____

기관 또는 법원의 위치: _____

조사원 이름: _____

사건 현황: _____

Complaint Number:
_____

설명:

기관: _____ 불만 제기 날짜: ____ / ____ / _____
사건 또는 문서 번호: _____ 재판 또는 심리 날짜: ____ / ____ / _____
기관 또는 법원의 위치: _____
조사원 이름: _____
사건 현황: _____
설명:

기관: _____ 불만 제기 날짜: ____ / ____ / _____
사건 또는 문서 번호: _____ 재판 또는 심리 날짜: ____ / ____ / _____
기관 또는 법원의 위치: _____
조사원 이름: _____
사건 현황: _____
설명:

13. **본인은** 위의 정보가 본인이 알고있는 한 사실이고 정확함을 증명합니다.
본인은 불만 조사를 위해 이 정보를 집행 기관에 공개하는 것을 승인합니다.
본인은 본인의 신원이 해당 법률에 따라 최대한 기밀로 유지될 것임을 이해합니다.
불만 제기자 또는 대리인의 서명(10번 참조):

_____ 날짜: ____ / ____ / _____

불만 사항 양식의 끝 부분입니다. 이 줄 밑으로 쓰지 마십시오.

이 페이지는 공식 전용입니다.

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: ___ / ___ / _____