

Formularz informacyjny na temat skargi w związku z dyskryminacją

Skorzystaj z tego formularza, aby złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji do Biura ds. Różnorodności, Równości, Integracji i Dostępu. Skarga może być skierowana przeciwko: publicznemu lub prywatnemu pracodawcy, do którego zostałeś skierowany przez Departament Pracy Stanu Nowy Jork, lub przeciwko Departamentowi Pracy Stanu Nowy Jork lub jego pracownikom, a także odbiorcom funduszy federalnych w ramach ustawy o Innowacji i Możliwości Siły Roboczej (WIOA) w związku z zarzutami dyskryminacji w odniesieniu do ich programów, usług i działań. Imię i nazwisko oraz informacje o użytkowniku będą traktowane jako poufne w najszerszym zakresie dozwolonym przez prawo.

Aby uzyskać więcej informacji, wejdź na stronę <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> lub zadzwoń pod numer: (518) 457-9000 lub (888) 469-7365. Osoby niesłyszące, niedosłyszące, głuche i niewidome lub z zaburzeniami mowy mogą zadzwonić do New York State Relay Service pod numer (800) 662-1220 dla TTYITTD, 211 w NYC lub 711 w innych częściach stanu.

Instrukcje:

- Wyślij wypełniony i podpisany formularz oraz wszelkie dokumenty uzupełniające na powyższy adres. Uwaga: Osoba składająca skargę lub jej przedstawiciel (patrz pozycja 10), musi podpisać i opatrzyć datą pozycję 13.
- Jeśli potrzebujesz pomocy w wypełnieniu tego formularza, możesz skontaktować się z DEOD pod numerem 518-457-1984.
UWAGA: Skarga w związku z Ustawą o innowacjach i możliwościach dla siły roboczej musi zostać złożona w ciągu 180 dni od incydentu domniemanej dyskryminacji.

1. Informacje na temat osoby składającej skargę:

Pierwsze imię: _____ In: _____ Nazwisko: _____

Adres: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Numer ubezpieczenia społecznego: _____ - _____ - _____

Telefon domowy: (____) _____ - _____ Telefon służbowy: (____) _____ - _____

Adres e-mail: _____

Czy jesteś pracownikiem Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork? Tak Nie

2. Informacje dotyczące pozwanego (agencji, pracodawcy lub pracownika, na którego składasz skargę):

Nazwa/Imię i nazwisko: _____

Adres: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Numer telefonu: (____) _____ - _____

3. Jaki jest najdogodniejszy czas, w którym możemy się z Tobą skontaktować w sprawie skargi?

_____ DO POŁUDNIA PO POŁUDNIU

4a – 4d. Krótko opisz swoją skargę. Bądź tak szczegółowy, jak to tylko możliwe. Jeśli uważasz, że byłeś dyskryminowany, opisz szczegółowo, w jaki sposób. W razie potrzeby możesz załączyć dodatkowe arkusze. Dołącz również wszelkie materiały pisemne związane z Twoją sprawą.

4a. Co się stało? Proszę podać miejsce, w którym się to stało.

4b. Kto był w to zaangażowany? Uwzględnij świadków, współpracowników, przełożonych lub inne osoby. Podaj nazwisko, adres i numer telefonu, jeśli są znane.

4c. Kiedy to się stało, w jakim dniu? _____

4d. W jaki sposób potraktowano Cię inaczej?

5. Jak chciałbyś, aby ta skarga została rozwiązana?

6. Czy zaoferowano Ci usługi w zakresie zatrudnienia? Tak Nie

7. **Czy czujesz, że jesteś dyskryminowany?** Tak (Jeśli „tak”, należy wypełnić pozycje od 1 do 13)
Nie (Jeśli „nie”, przejdź do pozycji 13)

8. W jaki sposób byłeś dyskryminowany? Zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi i wprowadzić żądane informacje.

Rasa (określić): _____

Kolor (określić): _____

Religia (określić): _____

Pochodzenie narodowe (określić): _____

Płeć: Mężczyzna Kobieta ☒ X

Akta aresztowania i skazania (określić): _____

Niepełnosprawność (określić): _____

Stan cywilny (określić): _____

Obywatelstwo (określić): _____

Inne (określić): _____

Molestowanie seksualne: _____

Predyspozycje genetyczne i status nosiciela (określić): _____

Status weterana (określić): _____

Wiek (podać datę urodzenia):

___ / ___ / ___

Orientacja seksualna: _____

Przynależność polityczna (określić): _____

Ofiara przemocy w rodzinie: _____

Represja/odwet (określić): _____

9. Jak sądzisz, dlaczego tak się stało?

10. Czy masz adwokata lub innego przedstawiciela w związku ze skargą? Tak Nie

Jeśli „tak”, proszę wpisać poniżej dane tej osoby:

Imię i nazwisko: _____ Numer telefonu: (____) ____ - ____

Adres: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

11. Czy złożyłeś skargę dotyczącą tego zdarzenia do któregoś z następujących podmiotów?

Amerykański Departament Sprawiedliwości, Wydział Praw Obywatelskich

Departament Pracy stanu Nowy Jork, Biuro ds. Różnorodności, Równości, Integracji i Dostępu

Amerykańska Komisja ds. Równości w Zatrudnieniu

Wydział Praw Człowieka

Amerykański Departament Pracy, Centrum Praw Obywatelskich

Sąd Federalny lub Stanowy

Inne: _____

12. Dla każdej agencji zaznaczonej w pozycji 11 proszę podać następujące informacje:

Agencja: _____ Data złożenia: ____ / ____ / ____

Numer sprawy lub akt: _____ Data rozprawy lub przesłuchania: ____ / ____ / ____

Lokalizacja agencji lub sądu: _____

Imię i nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie: _____

Status sprawy: _____

Komentarz:

Agencja: _____ Data złożenia: ____ / ____ / ____

Numer sprawy lub akt: _____ Data rozprawy lub przesłuchania: ____ / ____ / ____

Lokalizacja agencji lub sądu: _____

Imię i nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie: _____

Status sprawy: _____

Komentarz:

Agencja: _____ Data złożenia: ____ / ____ / ____

Numer sprawy lub akt: _____ Data rozprawy lub przesłuchania: ____ / ____ / ____

Lokalizacja agencji lub sądu: _____

Imię i nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie: _____

Status sprawy: _____

Komentarz:

Complaint Number:

Agencja: _____ **Data złożenia:** ____ / ____ / ____

Numer sprawy lub akt: _____ **Data rozprawy lub przesłuchania:** ____ / ____ / ____

Lokalizacja agencji lub sądu: _____

Imię i nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie: _____

Status sprawy: _____

Komentarz:

13. **Oświadczam**, że informacje podane powyżej są prawdziwe i dokładne zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Upoważniam do ujawnienia tych informacji organom ścigania w celu przeprowadzenia dochodzenia w sprawie mojej skargi.

Rozumiem, że moja tożsamość zostanie zachowana jako poufna w maksymalnym stopniu zgodnym z obowiązującymi przepisami prawa.

Podpis osoby składającej skargę lub jej przedstawiciela (patrz pozycja 10):

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

Tutaj kończy się formularz skargi. Nie należy pisać poniżej tej linii.

----- 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: ____ / ____ / ____