



## Информационная форма для подачи жалобы на дискриминацию

Используйте данную форму, чтобы подать жалобу о дискриминации в Управление по вопросам многообразия, равноправия, инклюзивности и доступа. Жалоба может быть в отношении: государственного или частного работодателя, к которому вы были направлены Департаментом труда штата Нью-Йорк, в отношении Департамента труда штата Нью-Йорк или его сотрудников, а также в отношении получателей финансового обеспечения за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в рамках Закона об инновациях и возможностях в сфере трудовых ресурсов (WIOA) в связи с обвинениями в дискриминации касаясь их программ, услуг и деятельности. Ваше имя и информация останутся конфиденциальными в полном соответствии с законом.

За дополнительной информацией обращайтесь на вебсайт: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> или звоните по номеру: (518) 457-9000 или (888) 469-7365. Глухие, лица с проблемами со слухом, слепоглухие или лица с нарушениями речи могут обратиться в Службу коммутируемых сообщений штата Нью-Йорк по номеру: (800) 662-1220 для устройств ТТУИТТД, 211 в городе Нью-Йорк или 711 в других частях штата.

### Инструкции:

- Отправьте заполненное и подписанное заявление и любые подтверждающие документы на указанный выше адрес. Примечание: Лицо, подающее жалобу, или его представитель (см. пункт 10) должны поставить подпись и дату в пункте 13.
- Если вам требуется помощь при заполнении данной формы, обратитесь в Отдел по развитию равных возможностей по номеру: 518-457-1984.  
ПРИМЕЧАНИЕ: Жалоба, поданная в отношении Закона об инновациях и возможностей для рабочей силы, должна быть подана в течение 180 дней с момента предполагаемого события дискриминации.

### 1. Информация о заявителе (лицо, подающее жалобу):

Имя: \_\_\_\_\_ Ср. инициал: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Номер социального страхования: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Домашний телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Рабочий телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Эл. почта: \_\_\_\_\_

Вы являетесь сотрудником Департамента труда штата Нью-Йорк? Да Нет

### 2. Информация об ответчике (агентство, работодатель или сотрудник, на которого вы подаете жалобу):

Имя/название: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

3. В какое время удобнее всего связаться с вами по поводу этой жалобы? \_\_\_\_\_ утро вечер

4a – 4d. Кратко опишите вашу жалобу. Излагайте все как можно четче. Если вы считаете, что подверглись дискриминации, подробно опишите, каким образом. При необходимости приложите дополнительные листы. Также приложите все письменные материалы, относящиеся к вашему делу.

4a. Что случилось? Просим вас указать также место, где это случилось.

4b. Кто был вовлечен? Включая свидетелей, коллег по работе, руководителей или других лиц. Укажите имя, адрес и номер телефона, если они известны.

4c. Когда это произошло, в какой день? \_\_\_\_\_

4d. Каким образом отношение к вам было иным?

5. Как бы вы хотели, чтобы эта жалоба была урегулирована?

6. Предлагались ли вам услуги по трудоустройству? Да Нет

7. **Вы считаете, что подверглись дискриминации?** Да (Если «Да», заполните пункты 1-13)  
Нет (Если «Нет», перейдите к пункту 13)

**Complaint Number:**

8. Каким образом была проявлена дискриминация? Отметьте все, что применимо, и введите требуемую информацию.

Раса (уточните): \_\_\_\_\_

Цвет (уточните): \_\_\_\_\_

Религия (уточните): \_\_\_\_\_

Национальность (уточните): \_\_\_\_\_

Пол: Мужской Женский X-гендер

Аресты и судимости (уточните): \_\_\_\_\_

Инвалидность (уточните): \_\_\_\_\_

Семейное положение (уточните): \_\_\_\_\_

Гражданство (уточните): \_\_\_\_\_

Сексуальные домогательства: \_\_\_\_\_

Генетическая предрасположенность и статус носителя (уточните): \_\_\_\_\_

Статус ветерана (уточните): \_\_\_\_\_

Возраст (укажите дату рождения): \_\_\_\_\_

Сексуальная ориентация: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Политическая принадлежность (уточните): \_\_\_\_\_

Жертва домашнего насилия: \_\_\_\_\_

Возмездие/репрессии (уточните): \_\_\_\_\_

Другое (уточните): \_\_\_\_\_

9. Как вы думаете, почему это произошло?

10. Есть ли у вас адвокат или другой представитель по данной жалобе? Да Нет

Если «Да», введите их информацию ниже:

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

11. Вы подавали дело или жалобу по поводу этого инцидента в любую из следующих инстанций?

US Department of Justice, Civil Rights Division (Министерство юстиции США, Отдел гражданских прав)

NYS Department of Labor, Office of Diversity, Equity, Inclusion and Access (Департамент труда штата Нью-Йорк, Управление по вопросам разнообразия, равенства, инклюзивности и доступа)

US Equal Employment Opportunity Commission (Комиссия по вопросу равных возможностей занятости)

NYS Division of Human Rights (Отдел по правам человека штата Нью-Йорк)

US Department of Labor, Civil Rights Division (Департамент труда США, Отдел гражданских прав)

Federal or State Court (Федеральный суд или суд штата)

Другое: \_\_\_\_\_

**Complaint Number:**  
\_\_\_\_\_

12. Для каждого агентства, отмеченного в пункте 11, укажите следующую информацию:

**Агентство:** \_\_\_\_\_ Дата подачи: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Номер дела или досье: \_\_\_\_\_ Дата судебного разбирательства или слушания: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Местонахождение агентства или суда: \_\_\_\_\_

Фамилия следователя: \_\_\_\_\_

Статус дела: \_\_\_\_\_

Комментарии:

**Агентство:** \_\_\_\_\_ Дата подачи: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Номер дела или досье: \_\_\_\_\_ Дата судебного разбирательства или слушания: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Местонахождение агентства или суда: \_\_\_\_\_

Фамилия следователя: \_\_\_\_\_

Статус дела: \_\_\_\_\_

Комментарии:

**Агентство:** \_\_\_\_\_ Дата подачи: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Номер дела или досье: \_\_\_\_\_ Дата судебного разбирательства или слушания: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Местонахождение агентства или суда: \_\_\_\_\_

Фамилия следователя: \_\_\_\_\_

Статус дела: \_\_\_\_\_

Комментарии:

Complaint Number:

Агентство: \_\_\_\_\_ Дата подачи: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Номер дела или досье: \_\_\_\_\_ Дата судебного разбирательства или слушания: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Местонахождение агентства или суда: \_\_\_\_\_

Фамилия следователя: \_\_\_\_\_

Статус дела: \_\_\_\_\_

Комментарии:

13. **Я подтверждаю**, что приведенная выше информация является правдивой и точной, насколько мне известно.

**Я разрешаю** раскрывать эту информацию правоохранительным органам для расследования моей жалобы.

**Я понимаю**, что моя личность будет сохранена в тайне в максимально возможной степени в соответствии с применимым(и) законом(ами).

Подпись заявителя или представителя (см. пункт 10):

\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Это конец бланка жалобы. Не пишите ниже этой линии.**

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