

Complaint Number:

WE ARE YOUR DOL



Department  
of Labor

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

## امتیازی سلوک کی شکایت کا معلوماتی فارم

دفتر برائے تنوع، مساوات، شمولیت اور رسائی میں امتیازی سلوک کی شکایت درج کرانے کے لیے اس فارم کا استعمال کریں۔ شکایت ان کے خلاف کی جا سکتی ہیں: ایک عوامی یا نجی آجر جس کی طرف آپ کو نیویارک ریاست کے ڈپارٹمنٹ آف لیبر نے بھیجا تھا، یا نیویارک ریاست کے ڈپارٹمنٹ آف لیبر یا اس کے ملازمین، اور ورک فورس انوویشن اینڈ اپرچونٹی ایکٹ (WIOA) کے تحت وفاقی فنڈنگ حاصل کرنے والوں کے خلاف ان کے پروگراموں، سروسز اور سرگرمیوں کے سلسلے میں امتیازی سلوک کے الزامات کے لیے۔ آپ کا نام اور معلومات بھرپور قانونی حد تک صیغہ راز میں رکھی جائیں گی۔

مزید معلومات کے لیے <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> پر جائیں یا کال کریں: (518) 457-9000 یا (888) 469-7365۔ وہ لوگ جو بہرے ہیں، سننے سے محروم ہیں، بہرے اندھے ہیں یا بولنے سے معذور ہیں وہ نیو یارک اسٹیٹ ریلے سروس (New York State Relay Service) کو (800) 662-1220 کے لیے (800) 662-1220 پر، نیو یارک شہر میں 211، یا ریاست کے دیگر حصوں میں 711 پر کال کر سکتے ہیں۔

ہدایات:

- مکمل شدہ اور دستخط شدہ فارم اور کوئی بھی معاون دستاویزات اوپر والے پتے پر بھیجیں۔
- نوٹ: شکایت کرنے والے شخص، یا ان کے نمائندے (نمبر 10 دیکھیں)، کو نمبر 13 پر دستخط کرنا اور تاریخ دینا لازمی ہے۔
- اگر آپ کو اس فارم کو مکمل کرنے میں مدد کی ضرورت ہے تو، آپ DEOD سے 518-457-1984 پر رابطہ کر سکتے ہیں۔
- نوٹ: ورک فورس انوویشن اینڈ اپرچونٹی ایکٹ کی شکایات واقعہ پیش آنے کی تاریخ کے 180 دنوں کے اندر درج کی جانی چاہئیں۔

### 1. شکایت کنندہ کی معلومات (شکایت کرنے والا شخص):

پہلا نام: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ آخری نام: \_\_\_\_\_  
پتہ: \_\_\_\_\_  
شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ زپ: \_\_\_\_\_  
سوشل سیکورٹی نمبر: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ گھر کا فون: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
کام کی جگہ کا فون: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ای میل پتہ: \_\_\_\_\_  
کیا آپ نیویارک اسٹیٹ ڈپارٹمنٹ آف لیبر کے ملازم ہیں؟ ہاں نہیں

### 2. جواب دہندہ کی معلومات (ایجنسی، آجر، یا ملازم جس کے بارے میں آپ شکایت کر رہے ہیں):

نام: \_\_\_\_\_  
پتہ: \_\_\_\_\_  
شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ زپ: \_\_\_\_\_  
فون: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 3. اس شکایت کے بارے میں آپ سے رابطہ کرنے کے لیے ہمارے لیے سب سے مناسب وقت کیا ہے؟ \_\_\_\_\_ صبح \_\_\_\_\_ شام

Complaint Number:

4a – 4d. شکایت کو مختصراً بیان کریں۔ ممکن حد تک واضح کریں۔ اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کے ساتھ امتیازی سلوک کیا گیا ہے، تو براہ کرم تفصیل سے بتائیں کہ یہ کیسے ہوا۔ اگر ضرورت ہو تو اضافی شیٹس منسلک کریں۔ اس کے علاوہ، اپنے کیس سے متعلق کوئی تحریری مواد منسلک کریں۔

4a. کیا ہوا؟ براہ کرم شامل کریں کہ یہ کہاں ہوا ہے۔

4b. کون شامل تھا؟ گواہ، ساتھی ملازمین، سپروائزر یا دیگر کو شامل کریں۔ اگر معلوم ہو تو نام، پتہ اور فون نمبر فراہم کریں۔

4c. یہ کب، کس تاریخ کو ہوا؟

4d. آپ کے ساتھ مختلف سلوک کیسے کیا گیا؟

5. آپ اس شکایت کو کیسے حل کرنا چاہیں گے؟

6. کیا آپ کو ملازمت کی خدمات پیش کی گئی تھیں؟ ہاں نہیں

7. کیا آپ کو لگتا ہے کہ آپ کے ساتھ امتیازی سلوک کیا گیا ہے؟ ہاں (اگر "ہاں تو"، "1 سے 13 تک کے نمبر مکمل کریں)

نہیں (اگر "نہیں تو"، نمبر 13 پر جائیں)

8. آپ کے ساتھ مختلف سلوک کیسے کیا گیا؟ قابل اطلاق تمام چیزوں کو نشان لگائیں اور درخواست کردہ معلومات درج کریں۔

جنسی پر اسان: \_\_\_\_\_  
نسل (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_

جینیاتی رجحان اور کیریئر کی حالت (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_  
رنگ (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_

فوجی حیثیت (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_  
مذہب (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_

عمر (پیدائش کی تاریخ درج کریں): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
قومی نسب (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_

جنسی پر اسان: \_\_\_\_\_  
جنس: مرد عورت X

سیاسی وابستگی (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_  
گرفتاری اور سزا کا ریکارڈ (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_

گھریلو تشدد کا شکار: \_\_\_\_\_  
معذوری (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_

بدلہ/انتقامی کارروائی (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_  
ازدواجی حیثیت (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_

دیگر (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_  
شہریت (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Complaint Number:

9. آپ کو کیوں لگا کہ یہ ہوا ہے؟

10. کیا آپ کے پاس اس شکایت کے لیے کوئی وکیل یا دوسرا نمائندہ ہے؟ ہاں نہیں  
اگر "ہاں" تو براہ کرم ذیل میں ان کی معلومات درج کریں:

نام: \_\_\_\_\_ فون: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_

شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ زپ: \_\_\_\_\_

11. کیا آپ نے مندرجہ ذیل میں سے کسی کے ساتھ اس واقعے کے بارے میں کوئی مقدمہ یا شکایت درج کروائی ہے؟

امریکی محکمہ انصاف (US Department of Justice)، شہری حقوق ڈویژن (Civil Rights Division)

NYS محکمہ محنت، دفتر برائے تنوع، مساوات، شمولیت اور رسائی

US مساوی روزگار کے مواقع کا کمیشن (US Equal Employment Opportunity Commission)

NYS انسانی حقوق کا ڈویژن (NYS Division of Human Rights)

US ڈیپارٹمنٹ آف لیبر (US Department of Labor)، شہری حقوق کا مرکز (Civil Rights Center)

وفاقی یا ریاستی عدالت

دیگر: \_\_\_\_\_

12. نمبر 11 میں نشان زد کی گئی ہر ایجنسی کے لیے، براہ کرم درج ذیل معلومات درج کریں:

ایجنسی: \_\_\_\_\_ دائر کرنے کی تاریخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

مقدمہ یا ڈاکٹ نمبر: \_\_\_\_\_ مقدمہ یا سماعت کی تاریخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ایجنسی یا عدالت کا مقام: \_\_\_\_\_

تفتیش کار کا نام: \_\_\_\_\_

مقدمہ کی حیثیت: \_\_\_\_\_

تبصرے: \_\_\_\_\_

ایجنسی: \_\_\_\_\_ دائر کرنے کی تاریخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

مقدمہ یا ڈاکٹ نمبر: \_\_\_\_\_ مقدمہ یا سماعت کی تاریخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ایجنسی یا عدالت کا مقام: \_\_\_\_\_

تفتیش کار کا نام: \_\_\_\_\_

مقدمہ کی حیثیت: \_\_\_\_\_

Complaint Number:

تبصرے:

ایجنسی: \_\_\_\_\_ دائر کرنے کی تاریخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
مقدمہ یا ڈاکٹ نمبر: \_\_\_\_\_ مقدمہ یا سماعت کی تاریخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
ایجنسی یا عدالت کا مقام: \_\_\_\_\_  
تفتیش کار کا نام: \_\_\_\_\_  
مقدمہ کی حیثیت: \_\_\_\_\_  
تبصرے:

ایجنسی: \_\_\_\_\_ دائر کرنے کی تاریخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
مقدمہ یا ڈاکٹ نمبر: \_\_\_\_\_ مقدمہ یا سماعت کی تاریخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
ایجنسی یا عدالت کا مقام: \_\_\_\_\_  
تفتیش کار کا نام: \_\_\_\_\_  
مقدمہ کی حیثیت: \_\_\_\_\_  
تبصرے:

13. میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اوپر دی گئی معلومات میری بہترین معلومات کے مطابق صحیح اور درست ہیں۔  
میں اپنی شکایت کی تحقیقات کے لیے نافذ کرنے والے اداروں کو اس معلومات کے افشاء کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔  
میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری شناخت کو قابل اطلاق قانون (قوانین) کے مطابق زیادہ سے زیادہ حد تک خفیہ رکھا جائے گا۔  
شکایت کنندہ کا دستخط یا نمائندے کا دستخط (دیکھیں نمبر 10):

تاریخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

یہ شکایت فارم کا اختتام ہے۔ اس لائن سے نیچے نہ لکھیں۔

نیویارک ریاست محکمہ برائے مزدوری ایک مساوی مواقع کا آجر پروگرام ہے۔  
معاون امداد اور خدمات درخواست پر دستیاب ہیں اور معذور افراد کو

1-800-662-1220 یا TTY/TDD 711 (انگریزی) / 1-877-662-4886 پر مفت میں دستیاب ہیں۔

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