

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

דיסקרימינאציע קלאגע אינפארמאציע פארם

ניצט דעם פארעם צו פילן א דיסקרימינאציע באקלאגעניש מיט די Office of Diversity, Equity, Inclusion and Access. די באקלאגעניש קען זיין קעגן: א פאבליק אדער פריוואטע באַלעבאַס וואס איר זענט געווארן צוגעוויזן דורך די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו לעיבאר, אדער קעגן די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו לעיבאר אדער אירע אנגעשטעלטע, און באנוצער פון פעדעראלע פאנדינג אונטער די Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA) פאר באקלאגענישן פון דיסקרימינאציע אין באַציאונג צו זייער פראגראמען, סערויסעס און אַקטיוויטעטן. אייער נאָמען און אינפארמאציע וועט ווערן געהאלטן און געהיים צו די פולסטער מעגליכקייט פון די געזעץ.

פאר מער אינפארמאציע גייט צו: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> אדער רופט: 457-9000 (518) אדער 469-7365 (888). מענטשן וואס זענען טויב, הערן שווער, טויב-בלינד אדער די מיט רעדן דיסאביליטי קענען רופן די ניו יארק סטעיט רילעי סערויס אויף 662-1220 (800) פאר TTYITTD, 211 אין NYC, אדער 711 אין אנדערע טיילן פון די סטעיט.

אנווייזונגען:

- שיקט דורך די פאסט די אויסגעפולטע און אונטערגעשריבענע בויגן און סיי וועלכע שטיצנדע דאקומענטן צום אדרעס אויבן. באמערקונג: די מענטשן וואס מאכט די קלאגע, אדער זייער פארשטייער (זעט נומער 10), מוז אונטערשרייבן און שרייבן די דאטום ביי נומער 13.
- אויב איר דארפט הילף אויסצופולן דעם בויגן, קענט איר זיך פארבינדן מיט די DEOD אויף 518-457-1984. באמערקונג: ארבעטסקראפט אנטוויקלונג און געלעגנהייט אקט קלאגעס מוזן איינגעגעבן ווערן אין די 180 טעג פון די דאטום וואס די אינצידענט האט פאסירט.

1. באקלאגער אינפארמאציע (מענטש וואס מאכט די קלאגע):

ערשטע נאמען: _____ מיטלסטע אינישעל: _____ לעצטע נאמען: _____
אדרעס: _____
סיטי: _____ סטעיט: _____ זיפ: _____
סאושעל סעקיריטי נומער: _____ - _____ - _____ היים טעלעפאן: (____) _____ - _____
ארבעטס טעלעפאן: (____) _____ - _____ אימעיל אדרעס: _____
זענט איר א ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו לעיבאר ארבעטער? יא ניין

2. ענטפערער אינפארמאציע (אגענטור, ארבעטער, אדער ארבעטסגעבער וואס איר קלאגט וועגן):

נאמען: _____
אדרעס: _____
סיטי: _____ סטעיט: _____ זיפ: _____
טעלעפאן: (____) _____ - _____

3. וואס איז די מערסט באקוועמע צייט פאר אונז זיך צו פארבינדן איבער די אנקלאגע? צופרי נאכמיטאג

Complaint Number:

א4 – ד4. שילדערט אין קורצן אייער אנקלאגע. זייט ווי קלאר עס איז מעגליך. אויב איר גלייבט אז איר זענט געווארן דיסקרימינירט, ביטע שילדערט וויאזוי, אין פרטים. באהעפט נאך בלעטער, אויב נויטיג. אזוי אויך, באהעפט סיי וועלכע גאשריבענע מאטעריאל פארבינדן צו אייער קעיס.

א4. וואס האט פאסירט? ביטע נעמט לייגט וואו עס איז געשען.

ב4. ווער איז געווען פארמישט? לייגט אריין עדות, מיטארבעטער, אויפזעער, אדער אנדערע. שטעלט צו נאמען, אדרעס און טעלעפאן נומער, אויב איר ווייסט.

ג4. ווען האט עס פאסירט, וועלכע דאטום?

ד4. וויאזוי זענט איר באהאנדלט געווארן אנדערש?

5. וויאזוי וואלט איר געוואלט די קלאגע זאל ווערן געשליכטעט?

6. זענט איר געווארן פארגעשלאגן ארבעט סערוויסעס? יא ניין

7. פילט איר אז מען האט דיסקרימינירט קעגן אייך? (אויב "יא", פולט אויס נומערן 1 ביז 13)

ניין (אויב "ניין", היפערט צו נומער 13)

8. וויאזוי זענט איר געווארן דיסקרימינירט? צייכנט אלע וואס זענען גילטיג און לייגט אריין געפאדערטע אינפארמאציע.

ראסע (ספעציפירט):	געשלעכטליכע האראסמענט:
קאליר (ספעציפירט):	גענעטישע אויסשטעל און קערריער סטאטוס (ספעציפירט):
רעליגיע (ספעציפירט):	וועטעראן סטאטוס (ספעציפירט):
נאציאנאלע אפשטאם (ספעציפירט):	עלטער (שרייבט אריין דאטום פון געבורט):
מין: מאן פרוי X	_____ / _____ / _____
ארעסט און קאנוויקשאן רעקארד (ספעציפירט):	סעקסועלע אריענטאציע:
דיסאביליטי (ספעציפירט):	פאליטישע פארבינדונג (ספעציפירט):
הייראט סטאטוס (ספעציפירט):	געליטענע פון דאמעסטישע געוואלדטאטן:
בירגערשאפט (ספעציפירט):	זיך שטעלן אנטקעגן/נקמה (ספעציפירט):
	אנדערע (ספעציפירט):

Complaint Number:

9. פארוואס טראכט איר אז דאס האט פאסירט?

10. האט איר אן אדוואקאט אדער אנדערע פארטרעטער פאר די אנקלאגע? יא ניין
אויב "יא", ביטע פולט אויס זייער אינפארמאציע אונטן:

נאמען: _____ טעלעפאן: (____) _____ - _____

אדרעס: _____

סיטי: _____ סטעיט: _____ זיפ: _____

11. האט איר איינגעגעבן א קעיס אדער קלאגע איבער די אינצידענט מיט איינע פון די פאלגענדע?

US אפטיילונג פון גערעכטיגקייט, ציווילע רעכטן אפטיילונג

NYS דעפארטמענט אוו לעיבאר, אָפּיס פון דייווערסיטי, יושר, אפענקייט און צוטריט

US גלייכע ארבעט מעגליכקייט קאמיסיע

NYS אפטיילונג פון מענטשליכע רעכטן

US אפטיילונג פון ארבעט, ציווילע רעכטן צענטער

פעדעראלע אדער סטעיט געריכט

אנדערע: _____

12. פאר יעדע אגענטור געצייכענט אין נומער 11, ביטע פולט אויס די פאלגענדע אינפארמאציע:

אגענטור: _____ דאטם געפיילט: ____ / ____ / ____

קעיס אדער דאקעט נומער: _____ דאטום פון פראצעס אדער הירינג: ____ / ____ / ____

לאקאציע פון אגענטור אדער געריכט: _____

נאמען פון אויספארשער: _____

סטאטוס פון קעיס: _____

באמערקונגען: _____

אגענטור: _____ דאטם געפיילט: ____ / ____ / ____

קעיס אדער דאקעט נומער: _____ דאטום פון פראצעס אדער הירינג: ____ / ____ / ____

לאקאציע פון אגענטור אדער געריכט: _____

נאמען פון אויספארשער: _____

סטאטוס פון קעיס: _____

Complaint Number:

באמערקונגען:

אגענטור: _____ דאטם געפיילט: ____ / ____ / ____
קעיס אדער דאקעט נומער: _____ דאטום פון פראצעס אדער הירינג: ____ / ____ / ____
לאקאזיע פון אגענטור אדער געריכט: _____
נאמען פון אויספארשער: _____
סטאטוס פון קעיס: _____
באמערקונגען: _____

אגענטור: _____ דאטם געפיילט: ____ / ____ / ____
קעיס אדער דאקעט נומער: _____ דאטום פון פראצעס אדער הירינג: ____ / ____ / ____
לאקאזיע פון אגענטור אדער געריכט: _____
נאמען פון אויספארשער: _____
סטאטוס פון קעיס: _____
באמערקונגען: _____

13. איך באשטעטיג אז די אויבנדערמאנטע אינפארמאציע איז אמת און פונקטליך לויט מיין בעסטע וויסנשאפט.

איך ערלויב די ארויסלאזן פון די אינפארמאציע צו די ענפארסירונג אגענטורן פאר די אויספארשונג פון מיין אנקלאגע.

איך פארשטיי אז מיין אידענטיטעט וועט ווערן געהאלטן אין געהיים די מערסטע מאס מעגליך אין איינקלאנג מיט די געזעצ(ן) וואס איז שייך.

באקלאגער'ס אינטערשריפט אדער פארשטייער'ס אינטערשריפט (זעט נומער 10):

_____ דאטום: ____ / ____ / ____

דאס איז די ענדע פון די קלאגע בויגן. שרייבט נישט אונטער די שורה.

דער ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו לעיבאר איז אן אייניגע געלעגנהייט ארבעטסגעבער/פראגראם.
בייהילפיע הילפסמיטלען און סערוויסעס זענען אוועילעבל לויטן פארלאנג און אומזיסט פאר מענטשן מיט באגרעניצונגען
1-800-662-1220 אדער TTY/TDD 1-800-662-4886 / (ענגליש) 1-877-662-4886.

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: ___ / ___ / ___