

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

A proud partner of the American Job Center network

گاہک کی شکایت سے متعلق معلومات کا فارم

شکایت نمبر:

ہدایات: اگر آپ کو کوئی شکایت ہے تو، براہ کرم یہ فارم پُر کریں اور اسے کیریئر سینٹر کے عملے کو جمع کرائیں۔ اگر یہ امتیازی سلوک کی شکایت ہے، تو آپ کو یہ فارم یا تو کیریئر سنٹر کے مساوی مواقع کے افسر کو جمع کرانا چاہیے، یا اسے بھیجنا چاہیے: نیویارک اسٹیٹ محکمہ مزدور، مساوی مواقع کی ترقی کا ڈویژن، **State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12226** اگر ضرورت ہو تو، اپنے دعوے کے بارے میں اضافی صفحات اور کوئی دستاویز منسلک کریں۔

1- شکایت کنندہ (اپنی معلومات پُر کریں)

پہلا نام _____ درمیانی نام _____ آخری نام _____

پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

متبادل پتہ (اگر قابل اطلاق ہے) _____

SSN (اختیاری) _____ گھر کا ٹیلی فون _____ () _____ متبادل ٹیلی فون _____ () _____

ای میل پتہ _____

اس شکایت کے بارے میں آپ سے رابطہ کرنے کے لیے ہمارے لیے سب سے مناسب وقت اور طریقہ کیا ہے؟ _____

میں اپنی رضامندی دیتا ہوں کہ اس شکایت سے متعلق معلومات (نام) ناموں کی فہرست کے خاندان کے ممبران، دوستوں وغیرہ کو جو آپ کی شکایت سے متعلق معلومات حاصل کر سکتے ہیں: _____

2. جواب دہندہ (اپنی شکایت کے موضوع کے لیے معلومات پُر کریں)

ایجنسی، کاروبار یا ملازم جس کے خلاف آپ شکایت کر رہے ہیں: _____

پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

ٹیلیفون _____ () _____

2a. کیا جواب دہندہ ایک کیریئر سینٹر ہے؟ ہاں نہیں

اگر ہاں، تو کیا یہ شکایت ٹریننگ کسٹمر سروس دیگر سے متعلق ہے؟ _____

2b. کیا جواب دہندہ ایک کاروباری ادارہ ہے؟ ہاں نہیں

اگر ہاں، تو کیا آپ کو کیریئر سینٹر کے عملے نے اس کاروباری ادارہ کا حوالہ دیا تھا؟ ہاں نہیں اگر ہاں، تو کب؟ _____

2c. کیا جواب دہندہ ایک فرم ہے؟ ہاں نہیں

2d. آپ کی شکایت کیا ہے (لاگو ہونے والا تمام شکایتوں کو نشان زد کریں)؟

اجرت/غیر ادا شدہ اجرت بچوں سے اجرت پر کام لینا/کروانا صحت اور حفاظت کام کرنے کی حالت رہائش کی فراہمی نقل و حمل

کھانا کیڑے مار ادویات دیگر _____

2e. کیا آپ کی شکایت امتیاز سلوک سے متعلق ہے؟ ہاں نہیں

3. اپنی شکایت کو مختصراً بیان کریں۔ ممکن حد تک واضح کریں۔ اگر آپ کو یقین ہے کہ آپ کے ساتھ امتیازی سلوک کیا گیا ہے، تو براہ کرم تفصیل سے بتائیں کہ یہ کیسے ہوا۔

a. کیا ہوا؟ _____

b. کون شامل تھا؟ (گواہ، ساتھی ملازمین، سپروائزر، وغیرہ) اگر معلوم ہو تو نام، پتہ اور ٹیلی فون نمبر فراہم کریں۔

c. یہ کب اور کہاں ہوا (تاریخ شامل کریں)؟ _____

d. اگر آپ کو یقین ہے کہ آپ کے ساتھ مختلف سلوک کیا گیا ہے تو اس کی وضاحت کریں۔ _____

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

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

اگر یہ امتیازی سلوک کی شکایت ہے تو نمبر 6-10 پُر کریں۔ اگر یہ امتیازی سلوک کی شکایت نہیں ہے تو نمبر 11 پر جائیں۔

6. لاگو ہونے والا تمام شکایتوں کو نشان زد کریں۔

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> نسل (وضاحت کریں) | <input type="checkbox"/> رنگ (وضاحت کریں) |
| <input type="checkbox"/> مذہب (وضاحت کریں) | <input type="checkbox"/> قومی اصلیت (وضاحت کریں) |
| <input type="checkbox"/> جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> عورت | <input type="checkbox"/> گرفتاری اور سزا کا ریکارڈ (وضاحت کریں) |
| <input type="checkbox"/> معذوری (وضاحت کریں) | <input type="checkbox"/> ازدواجی صورت حال (وضاحت کریں) |
| <input type="checkbox"/> شہریت (وضاحت کریں) | <input type="checkbox"/> جینیاتی رجحان اور کیریئر کی حالت (وضاحت کریں) |
| <input type="checkbox"/> جنسی طور پر براساں | <input type="checkbox"/> فوجی حیثیت (وضاحت کریں) |
| <input type="checkbox"/> عمر (تاریخ پیدائش کی وضاحت کریں) / / | <input type="checkbox"/> جنسی رجحان |
| <input type="checkbox"/> سیاسی وابستگی (وضاحت کریں) | <input type="checkbox"/> گھریلو تشدد کا شکار |
| <input type="checkbox"/> بدلہ/انتقامی کارروائی (وضاحت کریں) | <input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں) |

7. آپ کو یقین ہے کہ یہ واقعات کیوں ہوئے؟

8. کیا آپ کے پاس اس شکایت کے لیے کوئی وکیل یا دوسرا نمائندہ ہے؟ ہاں نہیں اگر "ہاں" تو براہ کرم مندرجہ ذیل کو پُر کریں:

نام _____ ٹیلیفون _____ ()
پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

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

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> امریکی محکمہ انصاف، شہری حقوق ڈویژن | <input type="checkbox"/> NYS محکمہ مزدور، مساوی مواقع کی ترقی کا ڈویژن |
| <input type="checkbox"/> US مساوی روزگار کے مواقع کا کمیشن | <input type="checkbox"/> NYS انسانی حقوق کا ڈویژن |
| <input type="checkbox"/> US محکمہ مزدور، شہری حقوق کا مرکز | <input type="checkbox"/> وفاقی یا ریاستی عدالت |
| <input type="checkbox"/> دیگر | |

10. نمبر 9 میں نشان زد کی گئی ہر ایجنسی کے لیے، براہ کرم درج ذیل معلومات پُر کریں:

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| ایجنسی _____ پُر کرنے کی تاریخ / / | ایجنسی _____ پُر کرنے کی تاریخ / / |
| مقدمہ یا ڈاکٹ نمبر _____ | مقدمہ یا ڈاکٹ نمبر _____ |
| مقدمہ یا سماعت کی تاریخ _____ | مقدمہ یا سماعت کی تاریخ _____ |
| ایجنسی یا عدالت کا مقام _____ | ایجنسی یا عدالت کا مقام _____ |
| تفتیش کار کا نام _____ | تفتیش کار کا نام _____ |
| مقدمہ کی صورت حال _____ | مقدمہ کی صورت حال _____ |
| تبصرے _____ | تبصرے _____ |

11. میں تصدیق کرتا ہوں کہ اوپر دی گئی معلومات میرے بہترین علم کے مطابق درست اور صحیح طریقے سے بیان کی گئی ہیں۔ میں اپنی شکایت کی مناسب تحقیقات کے لیے نافذ کرنے والے اداروں کو اس معلومات کے افشاء کی اجازت دیتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میری شناخت کو قابل اطلاق قانون اور میری شکایت کے منصفانہ تعین کے مطابق زیادہ سے زیادہ حد تک خفیہ رکھا جائے گا۔

| | |
|---------------|---------------------------------|
| تاریخ _____ | شکایت کنندہ کا دستخط _____ |
| تاریخ _____ | شکایت وصول کرنے والا عملہ _____ |
| دستخط _____ | (نام لکھیں) _____ |
| ٹیلیفون _____ | کیریئر سینٹر _____ |