

বৈষম্যজনিত অভিযোগ সংক্রান্ত তথ্যের ফর্ম

সমান সুযোগ উন্নয়ন বিভাগ (Division of Equal Opportunity Development)-এর কাছে বৈষম্য সংক্রান্ত অভিযোগ দায়ের করতে এই ফর্মটি ব্যবহার করুন। অভিযোগটি এদের বিরুদ্ধে করা যেতে পারে: নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অভ লেবার দ্বারা আপনাকে রেফার করা কোনো সরকারী বা বেসরকারী নিয়োগকর্তার বিরুদ্ধে, অথবা নিউ ইয়র্ক স্টেটের ডিপার্টমেন্ট অভ লেবার বা এর কর্মীদের বিরুদ্ধে এবং কর্মশক্তি উদ্ভাবন এবং সুযোগের বিধানের (Workforce Innovation and Opportunity Act - WIOA) অধীনে ফেডারেল তহবিল প্রাপকদের বিরুদ্ধে প্রোগ্রাম, পরিষেবা এবং ক্রিয়াকলাপ সম্পর্কিত বৈষম্যের অভিযোগের ক্ষেত্রে। আইনের সম্পূর্ণ সীমাবদ্ধতা মেনে আপনার নাম ও তথ্য গোপন রাখা হবে।

আরও তথ্যের জন্য যান: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> অথবা কল করুন: (518) 457-9000 or (888) 469-7365. বধির, কম শ্রবণ ক্ষমতাসম্পন্ন, বধির বা মূক ব্যক্তির নিউ ইয়র্ক স্টেট রিলে সার্ভিসে TTYITD-এর জন্য (800) 662-1220 নম্বরে, NYC-তে 211 বা স্টেটের অন্যান্য অংশে 711 নম্বরে কল করতে পারেন।

নির্দেশাবলী:

- সম্পূর্ণ এবং স্বাক্ষরিত ফর্মটি এবং তার সাথে যেকোনো সহায়ক নথি উপরের ঠিকানায় পাঠান।
দ্রষ্টব্য: অভিযোগকারী ব্যক্তি বা তাদের প্রতিনিধিকে (10 নম্বর দেখুন) অবশ্যই 13 নম্বরে স্বাক্ষর করতে হবে এবং তারিখ দিতে হবে।
- আপনার এই ফর্ম পূরণে সহায়তা প্রয়োজন হলে, DEOD-এর সাথে 518-457-1984 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।
দ্রষ্টব্য: কর্মশক্তি উদ্ভাবন এবং সুযোগের বিধান সংক্রান্ত অভিযোগের ক্ষেত্রে, বৈষম্য হওয়ার একশো আশি (180) দিনের মধ্যে অবশ্যই অভিযোগ দাখিল করতে হবে।

1. অভিযোগকারী তথ্য (অভিযোগকারী ব্যক্তি):

নাম: _____ মধ্য নাম: _____ পদবী: _____
ঠিকানা: _____
শহর: _____ রাজ্য: _____ পিন কোড: _____
সোশাল সিকিউরিটি নম্বর: ___ - ___ - _____ বাড়ির ফোন নম্বর: (____) _____ কর্মক্ষেত্রের ফোন নম্বর: (____) _____
ইমেল ঠিকানা: _____

আপনি কি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অভ লেবারের কর্মী? হ্যাঁ না

2. উত্তরদাতার তথ্য (এজেন্সি, নিয়োগকর্তা, বা কর্মচারী যার বিরুদ্ধে আপনি অভিযোগ করছেন):

নাম: _____
ঠিকানা: _____
শহর: _____ রাজ্য: _____ পিন কোড: _____
ফোন নম্বর: (____) _____

3. এই অভিযোগের বিষয়ে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে আমাদের জন্য সবচেয়ে সুবিধাজনক সময় কোনটি?

_____ A.M. P.M.

4a – 4d. আপনার অভিযোগ সংক্ষেপে বর্ণনা করুন। যতটা সম্ভব স্পষ্টভাবে লিখুন। আপনি যদি বিশ্বাস করেন যে আপনার প্রতি বৈষম্যতা করা হয়েছে, তাহলে অনুগ্রহ করে কীভাবে হয়েছে তা বিস্তারিতভাবে বর্ণনা করুন। প্রয়োজন হলে অতিরিক্ত শীট সংযুক্ত করুন। এছাড়াও, আপনার ক্ষেত্রে সম্পর্কিত যেকোন লিখিত উপাদান সংযুক্ত করুন।

সমান সুযোগ প্রদানকারী কর্মনিয়োগকারী/কর্মসূচি (Equal Opportunity Employer/Program)।

প্রতিবন্ধকতা থাকা ব্যক্তিদের জন্য অনুরোধের ভিত্তিতে, বিনামূল্যে অতিরিক্ত সহায়তা এবং পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে।

4a. কী ঘটেছে? ঘটনা কোথায় ঘটেছে অনুগ্রহ করে তা অন্তর্ভুক্ত করুন।

4b. কারা জড়িত ছিল? সাক্ষী, সহকর্মী, সুপারভাইজার বা অন্যদের অন্তর্ভুক্ত করুন। নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর দিন, যদি জানা থাকে।

4c. কখন ঘটেছিল, কবে? _____

4d. কীভাবে আপনার প্রতি ভিন্ন আচরণ করা হয়েছে?

5. আপনি এই অভিযোগ কিভাবে সমাধান করতে চান?

6. আপনাকে কি কর্মসংস্থানের প্রস্তাব দেওয়া হয়েছিল? হ্যাঁ না

7. আপনি কি মনে করেন আপনার প্রতি বৈষম্যতা করা হয়েছে?

হ্যাঁ (যদি "হ্যাঁ," 1 থেকে 13 নম্বরগুলি সম্পূর্ণ করুন)

না (যদি "না" হয়, 13 নম্বরে যান)

8. আপনার প্রতি কীভাবে বৈষম্যতা করা হয়েছিল? প্রযোজ্য সমস্ত চেক করুন এবং অনুরোধ করা তথ্য লিখুন।

জাতি (নির্দিষ্ট করুন): _____

বর্ণ (নির্দিষ্ট করুন): _____

ধর্ম (নির্দিষ্ট করুন): _____

জাতীয় উত্স (নির্দিষ্ট করুন): _____

লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা X

গ্রেপ্তার এবং দোষী সাব্যস্ত করার রেকর্ড (নির্দিষ্ট করুন): _____

অক্ষমতা (নির্দিষ্ট করুন): _____

বৈবাহিক অবস্থা (নির্দিষ্ট করুন): _____

নাগরিকত্ব (নির্দিষ্ট করুন): _____

যৌন হয়রানি: _____

জেনেটিক প্রবণতা এবং ক্যারিয়ারের অবস্থা

(নির্দিষ্ট করুন): _____

প্রবীণ নাগরিকত্বের স্থিতি (নির্দিষ্ট করুন): _____

বয়স (জন্ম তারিখ লিখুন): _____

যৌন অভিমুখীতা: _____

রাজনৈতিক সম্বন্ধ (নির্দিষ্ট করুন): _____

গার্হস্থ্য সহিংসতার শিকার: _____

প্রতিক্রিয়া/প্রত্যুত্তর(নির্দিষ্ট করুন): _____

অন্যান্য (উল্লেখ করুন): _____

সমান সুযোগ প্রদানকারী কর্মনিয়োগকারী/কর্মসূচি (Equal Opportunity Employer/Program)।
প্রতিবন্ধকতা থাকা ব্যক্তিদের জন্য অনুরোধের ভিত্তিতে, বিনামূল্যে অতিরিক্ত সহায়তা এবং পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে।

9. কেন এমন হয়েছিল বলে আপনার মনে হয়? _____

10. এই অভিযোগের জন্য আপনার কি একজন অ্যাটর্নি বা অন্য প্রতিনিধি আছে? হ্যাঁ না
 দি "হ্যাঁ," অনুগ্রহ করে नीचे তাদের তথ্য লিখুন:
 নাম: _____ ফোন নম্বর: (____) _____
 ঠিকানা: _____ শহর: _____ রাজ্য: _____ পিন: _____

11. আপনি কি এই ঘটনার বিষয়ে নিচের কোন একটিতে মামলা বা অভিযোগ দায়ের করেছেন?
 মার্কিন বিচার বিভাগ (US Department of Justice), নাগরিক অধিকার বিভাগ (Civil Rights Division)
 NYS ডিপার্টমেন্ট অভ লেবার (Department of Labor), সমান সুযোগ উন্নয়ন বিভাগ (Division of Equal Opportunity Development)
 যুক্তরাষ্ট্রের ইকুয়াল এমপ্লয়মেন্ট অপর্চুনিটি কমিশন (US Equal Employment Opportunity Commission)
 NYS মানবাধিকার বিভাগ (Division of Human Rights)
 মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের ডিপার্টমেন্ট অভ লেবার (US Department of Labor), নাগরিক অধিকার কেন্দ্র (Civil Rights Center)
 ফেডারেল বা স্টেট কোর্ট
 অন্যান্য: _____

12. প্রতিটি সংস্থার জন্য যারা 11 নম্বরে চেক ইন করেন, অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য লিখুন:

এজেন্সি: _____	এজেন্সি: _____
নথীভুক্তির তারিখ: _____	নথীভুক্তির তারিখ: _____
কেস বা ডকেট নম্বর: _____	কেস বা ডকেট নম্বর: _____
বিচার বা শুনানির তারিখ: _____	বিচার বা শুনানির তারিখ: _____
সংস্থা বা আদালতের অবস্থান: _____	সংস্থা বা আদালতের অবস্থান: _____
তদন্তকারীর নাম: _____	তদন্তকারীর নাম: _____
মামলার অবস্থা: _____	মামলার অবস্থা: _____
মন্তব্য: _____	মন্তব্য: _____
_____	_____
_____	_____

সমান সুযোগ প্রদানকারী কর্মনিয়োগকারী/কর্মসূচি (Equal Opportunity Employer/Program)।
 প্রতিবন্ধকতা থাকা ব্যক্তিদের জন্য অনুরোধের ভিত্তিতে, বিনামূল্যে অতিরিক্ত সহায়তা এবং পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে।

এজেন্সি: _____

নথিভুক্তির তারিখ: _____

কেস বা ডকেট নম্বর: _____

বিচার বা শুনানির তারিখ: _____

সংস্থা বা আদালতের অবস্থান: _____

তদন্তকারীর নাম: _____

মামলার অবস্থা: _____

মন্তব্য: _____

এজেন্সি: _____

নথিভুক্তির তারিখ: _____

কেস বা ডকেট নম্বর: _____

বিচার বা শুনানির তারিখ: _____

সংস্থা বা আদালতের অবস্থান: _____

তদন্তকারীর নাম: _____

মামলার অবস্থা: _____

মন্তব্য: _____

13. আমি প্রত্যয়িত করছি যে আমার সেরা জ্ঞানে এই নথিতে প্রদত্ত তথ্যগুলি সত্যি এবং নির্ভুল।

আমি অনুমতি দিচ্ছি যে আমার অভিযোগের তদন্তের জন্য আইন প্রয়োগকারী সংস্থাকে এই তথ্য দেওয়া হোক।

আমি এ বিষয়ে অবগত যে আমার পরিচয় প্রযোজ্য আইন(গুলি) এর সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণভাবে যতটা সম্ভব গোপন রাখা হবে।

অভিযোগকারীর স্বাক্ষর বা প্রতিনিধির স্বাক্ষর (10 নম্বর দেখুন):

_____ তারিখ: _____

সমান সুযোগ প্রদানকারী কর্মনিয়োগকারী/কর্মসূচি (Equal Opportunity Employer/Program)।
প্রতিবন্ধকতা থাকা ব্যক্তিদের জন্য অনুরোধের ভিত্তিতে, বিনামূল্যে অতিরিক্ত সহায়তা এবং পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে।

অভিযোগ ফর্মটি এখানে শেষ হয়েছে। এই লাইনের নিচে লিখবেন না।

এই পৃষ্ঠাটি শুধুমাত্র অফিসিয়াল ব্যবহারের জন্য।

অভিযোগ নম্বর: _____

----- শুধুমাত্র নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অভ লেবার কর্মীদের জন্য -----

A. অভিযোগের প্রকার। প্রযোজ্য সবকটিতে টিক দিন: মাইনে সম্পর্কিত কীটনাশক শিশু শ্রমিক স্বাস্থ্য/নিরাপত্তা
 কাজের পরিবেশ হাউজিং বা বাসভবন বৈষম্য অন্যান্য: _____

B. ES সম্পর্কিত? হ্যাঁ না "হ্যাঁ," হলে, কাজের অর্ডার নম্বর: _____

চাকরি পরিষেবার বিরুদ্ধে? নিয়োগকর্তার বিরুদ্ধে? ES নিয়মাবলী লঙ্ঘন সংক্রান্ত?

চাকরি সংক্রান্ত বিধানের লঙ্ঘন?

NYS লেবার স্ট্যান্ডার্ড বা OSHA দ্বারা প্রয়োগকৃত আইন সংক্রান্ত MSFW সহ অভিযোগের বিরুদ্ধে?

C. MSFW? হ্যাঁ না

D. স্টেটের বাইরের নিয়োগকর্তা? হ্যাঁ না

E. H-2A/মানদণ্ড নিয়োগকর্তা? US গৃহ কর্মী H-2A কর্মী মাহিনা বাসভবন

পরিবহন মিল অন্যান্য (উল্লেখ করুন): _____

F. এর কাছে রেফার করা হয়েছে: NYS EO অফিসার ESA OSHA NYS মনিটর অ্যাডভোকেট

NYS লেবার স্ট্যান্ডার্ড অন্যান্য: "অন্যান্য" হলে, নিম্নলিখিত তথ্য লিখুন:

এজেন্সির নাম: _____ ফোন: (____) _____

ঠিকানা: _____ শহর: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____

G. ফলো আপ করবেন? হ্যাঁ না "হ্যাঁ," হলে মাসিক ত্রৈমাসিক ফলো আপের তারিখ: _____

মন্তব্য: _____

অভিযোগ প্রাপ্ত করেছেন: _____ শিরোনাম: _____

অফিস: _____ ফোন: (____) _____

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

----- শুধুমাত্র মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের ডিপার্টমেন্ট অভ লেবারের কর্মীদের জন্য -----

H. _____ কেস নম্বর: _____

CRC দ্বারা প্রাপ্ত CIF: স্বীকৃত অস্বীকৃত

মন্তব্য: _____

প্রাপ্ত করেছেন: _____ তারিখ: _____

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

সমান সুযোগ প্রদানকারী কর্মনিয়োগকারী/কর্মসূচি (Equal Opportunity Employer/Program)।

প্রতিবন্ধকতা থাকা ব্যক্তিদের জন্য অনুরোধের ভিত্তিতে, বিনামূল্যে অতিরিক্ত সহায়তা এবং পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে।