

Έντυπο πληροφοριών καταγγελίας για διακρίσεις

Χρησιμοποιήστε το έντυπο αυτό για να υποβάλετε μια καταγγελία στο Τμήμα Ανάπτυξης Ίσων Ευκαιριών (DEOD). Η καταγγελία πρέπει να είναι: εναντίον ενός δημόσιου ή ιδιωτικού εργοδότη στον οποίο σας σύστησε το Υπουργείο Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης ή εναντίον του Υπουργείου Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης ή των υπαλλήλων του και των αποδεκτών ομοσπονδιακής χρηματοδότησης με βάση τον Νόμο Καινοτομίας και Ευκαιριών Εργατικού Δυναμικού (WIOA) με ισχυρισμούς για διακρίσεις σε σχέση με προγράμματα, υπηρεσίες και δραστηριότητές τους. Το όνομα και τα στοιχεία σας θα διατηρηθούν εμπιστευτικά στον ανώτατο βαθμό που επιτρέπεται βάσει της νομοθεσίας.

Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφτείτε την ιστοσελίδα: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> ή καλέστε τον αριθμό: (518) 457-9000 ή (888) 469-7365. Τα άτομα με προβλήματα κώφωσης, βαρηκοΐα, προβλήματα κώφωσης και τύφλωσης ή προβλήματα ομιλίας μπορούν να καλέσουν την Υπηρεσία Αναμετάδοσης Συνομιλίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης στον αριθμό (800) 662-1220 για ΤΤΥΙΤΤΔ, στον αριθμό 211 αν βρίσκονται στην Πόλη της Νέας Υόρκης ή στον αριθμό 711 αν βρίσκονται σε άλλα σημεία της Πολιτείας.

Οδηγίες:

- Ταχυδρομήστε το συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο έντυπο και τυχόν δικαιολογητικά στην προαναφερόμενη διεύθυνση.
Σημείωση: Το άτομο που κάνει την καταγγελία ή ο εκπρόσωπός του (ανατρέξτε στον αριθμό 10) πρέπει να υπογράψει και να γράψει την ημερομηνία στον αριθμό 13.
- Αν χρειαστείτε βοήθεια για τη συμπλήρωση του εντύπου, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το DEOD στον αριθμό 518-457-1984.
ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι καταγγελίες με βάση τον Νόμο Καινοτομίας και Ευκαιριών Εργατικού Δυναμικού πρέπει να υποβάλλονται εντός 180 ημερών από την ημερομηνία κατά την οποία συνέβη το περιστατικό.

1. Στοιχεία καταγγέλλοντος (ατόμου που κάνει την καταγγελία):

Όνομα: _____ Πατρώνυμο: _____ Επώνυμο _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κώδικας: _____

Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης: ___ - ___ - _____ Τηλέφωνο σπιτιού: (____) _____

Τηλέφωνο εργασίας: (____) _____

Διεύθυνση email: _____

Είστε υπάλληλος του Υπουργείου Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης; Ναι Όχι

2. Στοιχεία καταγγελλόμενου (φορέα, εργοδότη ή εργαζόμενου τον οποίο καταγγέλετε):

Όνομα: _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κώδικας: _____

Τηλέφωνο: (____) _____

3. Τι ώρα σας βολεύει περισσότερο να επικοινωνήσουμε μαζί σας για τη συγκεκριμένη καταγγελία; _____

π.μ. μ.μ.

4α – 4δ. Περιγράψτε εν συντομία την καταγγελία σας. Φροντίστε να είστε όσο το δυνατόν πιο σαφής. Αν πιστεύετε ότι έγιναν διακρίσεις σε βάρος σας, περιγράψτε λεπτομερώς πώς. Επισυνάψτε πρόσθετα φύλλα, αν χρειαστεί. Επίσης, επισυνάψτε κάθε έγγραφο που έχει σχέση με την υπόθεσή σας.

4α. Τι συνέβη; Συμπεριλάβετε τον τόπο όπου συνέβη το περιστατικό.

Εργοδότης/Πρόγραμμα Ίσων ευκαιριών

Βοηθητικές μορφές βοήθειας και υπηρεσίες υπάρχουν διαθέσιμες κατόπιν σχετικού αιτήματος και δωρεάν για άτομα με αναπηρίες.

4β. Ποιος ενεπλάκη; Συμπεριλάβετε μάρτυρες, συναδέλφους, προϊστάμενους ή άλλα άτομα. Γράψτε το όνομα, τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου κάθε ατόμου, αν γνωρίζετε τα στοιχεία αυτά.

4γ. Πότε συνέβη το περιστατικό, ποια ημερομηνία; _____

4δ. Πώς σας αντιμετώπισαν διαφορετικά;

5. Πώς θα θέλατε να επιλυθεί αυτή η καταγγελία;

6. Σας προσφέρθηκαν υπηρεσίες εργασιακής απασχόλησης; Ναι Όχι

7. **Νιώθετε ότι έχετε υποστεί διακρίσεις;** **Ναι (Αν ναι, συμπληρώστε τις απαντήσεις στους αριθμούς 1 έως 13.)**
 Όχι (Αν όχι, παραλείψτε τις απαντήσεις ως τον αριθμό 13.)

8. Ποιοι είναι οι λόγοι για τους οποίους υποστήκατε διακρίσεις; Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν και συμπληρώστε τις ζητούμενες πληροφορίες.

- | | |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> Φυλή (Διευκρινίστε.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Χρώμα (Διευκρινίστε.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Θρησκεία (Διευκρινίστε.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Εθνική καταγωγή (Διευκρινίστε.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Φύλο: <input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/> Χ</p> <p><input type="checkbox"/> Μητρώο σύλληψης και καταδίκης (Διευκρινίστε.)
_____</p> <p><input type="checkbox"/> Αναπηρία (Διευκρινίστε.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Οικογενειακή κατάσταση (Διευκρινίστε.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Υπηκοότητα (Διευκρινίστε.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Σεξουαλική παρενόχληση: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Γενετική προδιάθεση και κατάσταση φορέα (Διευκρινίστε.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Καθεστώς βετεράνου (Διευκρινίστε.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ηλικία (Γράψτε την ημερομηνία γέννησης.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Σεξουαλικός προσανατολισμός: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ιδιότητα μέλους ή οπαδού πολιτικού κόμματος (Διευκρινίστε.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Θύμα ενδοοικογενειακής βίας: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Αντίποινα (Διευκρινίστε.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλο (Διευκρινίστε.): _____</p> |
|---|--|

9. Γιατί πιστεύετε ότι συνέβη αυτό; _____

10. Έχετε δικηγόρο ή άλλο εκπρόσωπο για τη συγκεκριμένη καταγγελία; Ναι Όχι

Αν ναι, γράψτε τα στοιχεία του παρακάτω:

Όνομα: _____ Τηλέφωνο: (_____) _____

Διεύθυνση: _____ Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κώδικας: _____

Εργοδότης/Πρόγραμμα ίσων ευκαιριών

Βοηθητικές μορφές βοήθειας και υπηρεσίες υπάρχουν διαθέσιμες κατόπιν σχετικού αιτήματος και δωρεάν για άτομα με αναπηρίες.

11. Έχετε προβεί στην υποβολή υπόθεσης ή καταγγελίας για το περιστατικό αυτό σε κάποιον από τους παρακάτω φορείς;

Αριθμός καταγγελίας: _____

- Υπουργείο Δικαιοσύνης των ΗΠΑ, Τμήμα Ατομικών Δικαιωμάτων
- Υπουργείο Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης (NYS), Τμήμα Ανάπτυξης Ίσων Ευκαιριών
- Επιτροπή Ίσων Ευκαιριών Απασχόλησης των ΗΠΑ
- Τμήμα Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων NYS
- Υπουργείο Εργασίας των ΗΠΑ, Κέντρο Ατομικών Δικαιωμάτων
- Ομοσπονδιακό ή Πολιτειακό Δικαστήριο
- Άλλο _____

12. Για κάθε φορέα που επιλέξατε στον αριθμό 11, γράψτε τις παρακάτω πληροφορίες:

Φορέας: _____

Ημερομηνία υποβολής: _____

Αριθμός υπόθεσης ή μητρώου: _____

Ημερομηνία δίκης ή ακρόασης: _____

Τοποθεσία φορέα ή δικαστηρίου: _____

Όνομα διεξάγοντος την έρευνα: _____

Κατάσταση υπόθεσης: _____

Σχόλια: _____

Φορέας: _____

Ημερομηνία υποβολής: _____

Αριθμός υπόθεσης ή μητρώου: _____

Ημερομηνία δίκης ή ακρόασης: _____

Τοποθεσία φορέα ή δικαστηρίου: _____

Όνομα διεξάγοντος την έρευνα: _____

Κατάσταση υπόθεσης: _____

Σχόλια: _____

Φορέας: _____

Ημερομηνία υποβολής: _____

Αριθμός υπόθεσης ή μητρώου: _____

Ημερομηνία δίκης ή ακρόασης: _____

Τοποθεσία φορέα ή δικαστηρίου: _____

Όνομα διεξάγοντος την έρευνα: _____

Κατάσταση υπόθεσης: _____

Σχόλια: _____

Φορέας: _____

Ημερομηνία υποβολής: _____

Αριθμός υπόθεσης ή μητρώου: _____

Ημερομηνία δίκης ή ακρόασης: _____

Τοποθεσία φορέα ή δικαστηρίου: _____

Όνομα διεξάγοντος την έρευνα: _____

Κατάσταση υπόθεσης: _____

Σχόλια: _____

13. **Βεβαιώνω** ότι, εξ όσων είμαι σε θέση να γνωρίζω, οι προαναφερόμενες πληροφορίες είναι αληθείς και ακριβείς.

Εγκρίνω τη γνωστοποίηση των παρόντων στοιχείων σε υπηρεσίες επιβολής του νόμου για τη διερεύνηση της καταγγελίας μου.

Κατανοώ ότι τα στοιχεία της ταυτότητάς μου θα παραμείνουν εμπιστευτικά στον ανώτατο βαθμό που είναι εφικτός στο πλαίσιο της συμμόρφωσης με την ισχύουσα νομοθεσία.

Υπογραφή καταγγέλλοντος ή υπογραφή εκπροσώπου (Ανατρέξτε στον αριθμό 10.): _____

Ημερομηνία: _____

Εργοδότης/Πρόγραμμα ίσων ευκαιριών

Βοηθητικές μορφές βοήθειας και υπηρεσίες υπάρχουν διαθέσιμες κατόπιν σχετικού αιτήματος και δωρεάν για άτομα με αναπηρίες.

Εδώ τελειώνει το έντυπο της καταγγελίας. Μη γράψετε κάτω από τη γραμμή αυτή.

----- Μόνο για το προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης -----

A. Τύπος καταγγελίας. Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν: Ζητήματα αμοιβών Φυτοφάρμακα Παιδική εργασία
 Υγεία/Ασφάλεια Συνθήκες εργασίας Στέγαση Διακρίσεις Άλλο: _____

B. Ζητήματα υπηρεσιών εργασιακής απασχόλησης (ES); Ναι Όχι
Αν ναι, αριθμός εντολής εργασίας: _____
 Εναντίον υπηρεσίας απασχόλησης; Εναντίον εργοδότη; Πιθανή παράβαση κανονισμών ES;
 Πιθανή παράβαση νόμων για την εργασιακή απασχόληση;
 Διακινούμενος ή εποχικός εργαζόμενος στον γεωργικό τομέα ή στον τομέα επεξεργασίας τροφίμων (MSFW) με καταγγελία για την επιβολή των νόμων από το Τμήμα Εργασιακών Προτύπων NYS ή τον φορέα OSHA;

Γ. MSFW; Ναι Όχι

Δ. Εργοδότης εκτός πολιτείας; Ναι Όχι

E. Εργοδότης με κριτήρια H-2A; Οικιακός εργαζόμενος στις ΗΠΑ Εργαζόμενος H-2A Αμοιβές
 Στέγαση Μεταφορά Γεύματα Άλλο (Διευκρινίστε.): _____

ΣΤ. Παραπέμφθηκε σε: Στέλεχος NYS ΕΟ ESA OSHA Σύμβουλο Εποπτείας NYS
 Τμήμα Εργασιακών Προτύπων NYS Άλλο: Αν επιλέξετε «Άλλο», γράψτε τα εξής στοιχεία:
Όνομασία φορέα: _____ Τηλέφωνο: (____) _____
Διεύθυνση: _____ Πόλη: _____ Πολιτεία: ____ Ταχ. κώδικας: _____

Z. Παρακολούθηση ζητήματος; Ναι Όχι Αν «Ναι», Κάθε μήνα Κάθε τρίμηνο
Ημερομηνία παρακολούθησης: _____
Σχόλια: _____

Παραλαβή καταγγελίας από: _____ Τίτλος θέσης: _____
Γραφείο: _____ Τηλέφωνο: (____) _____
Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

----- Μόνο για το προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας των ΗΠΑ -----

H. Αριθμός υπόθεσης: _____
Παραλαβή εντύπου πληροφοριών καταγγελίας (CIF) από CRC: Έγινε δεκτό. Δεν έγινε δεκτό.
Σχόλια: _____

Παραλήφθηκε από _____ Ημερομηνία: _____
Υπογραφή _____ Ημερομηνία: _____

Εργοδότης/Πρόγραμμα ίσων ευκαιριών
Βοηθητικές μορφές βοήθειας και υπηρεσίες υπάρχουν διαθέσιμες κατόπιν σχετικού αιτήματος και δωρεάν για άτομα με αναπηρίες.