

## भेदभाव शिकायत संबंधी सूचना फ़ॉर्म

समान अवसर विकास विभाग के पास भेदभाव की शिकायत दर्ज करने के लिए इस फ़ॉर्म का इस्तेमाल करें। शिकायत निम्नलिखित के खिलाफ़ हो सकती है: एक सार्वजनिक या निजी नियोक्ता जिसके लिए आपको न्यूयॉर्क राज्य के श्रम विभाग द्वारा संदर्भित किया गया था या न्यूयॉर्क राज्य के श्रम विभाग या उसके कर्मचारियों के खिलाफ़ और कार्यबल नवाचार और अवसर अधिनियम के तहत संघीय धन प्राप्त करने वालों के खिलाफ़ हो सकता है (WIOA) उनके कार्यक्रमों, सेवाओं और गतिविधियों के संबंध में भेदभाव के आरोपों हेतु। आपका नाम और जानकारी, कानून के मुताबिक पूरी तरह से गोपनीय रखी जाएगी।

अधिक जानकारी के लिए यहां जाएं: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> या नीचे दिए गए नंबर पर कॉल करें: (518) 457-9000 or (888) 469-7365. जो लोग बधिर हैं, कम सुनते हैं, बधिर हैं या बोलने में अक्षम हैं वे TTYITD के लिए (800) 662-1220 पर, NYC में 211 पर या राज्य के अन्य भागों में 711 पर न्यूयॉर्क राज्य रिले सेवा (New York State Relay Service) को कॉल कर सकते हैं।

### निर्देश:

- भरे हुए और हस्ताक्षर किए गए फ़ॉर्म और किसी भी सहायक दस्तावेज़ को ऊपर दिए गए पते पर मेल करें। ध्यान दें: शिकायत करने वाले व्यक्ति या उनके प्रतिनिधि (संख्या 10 देखें) को 13वीं पंक्ति में हस्ताक्षर करना होगा और तारीख डालनी होगी।
- यदि आपको इस फ़ॉर्म को पूरा करने में सहायता चाहिए, तो आप DEOD से 518-457-1984 पर संपर्क कर सकते हैं। ध्यान दें: वर्कफोर्स इनोवेशन एंड ऑपच्युनिटी एक्ट (Workforce Innovation and Opportunity Act) की शिकायतें घटना के 180 दिनों के भीतर दर्ज की जानी चाहिए।

### 1. शिकायत संबंधी जानकारी (शिकायतकर्ता):

पहला नाम: \_\_\_\_\_ मध्य \_\_\_\_\_ अंतिम नाम \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_

सामाजिक सुरक्षा संख्या: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_ घर का फ़ोन नंबर: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ऑफ़िस का फ़ोन नंबर: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ई-मेल पता: \_\_\_\_\_

क्या आप न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग (New York State Department of Labor) के कर्मचारी हैं?  हां  नहीं

### 2. प्रतिवादी जानकारी (एजेंसी, नियोक्ता या जिस कर्मचारी की आप शिकायत कर रहे हैं):

नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_

फ़ोन: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

3. इस शिकायत के बारे में आपसे संपर्क करने के लिए सबसे सही समय कौन सा है? \_\_\_\_\_  A.M.  P.M.

4a – 4d. अपनी शिकायत के बारे में सक्षेप में बताएं। जितनी हो सके, साफ़ जानकारी दें। अगर आपको लगता है कि आपके साथ भेदभाव किया गया था, तो कृपया विवरण देकर बताएं कि कैसे। अगर ज़रूरी हो तो अतिरिक्त शीट संलग्न करें। साथ ही, अपने मामले से संबंधित कोई भी लिखित सामग्री संलग्न करें।

4a. क्या हुआ था? कृपया शामिल करें कि यह कहाँ हुआ।

---

---

---

समान अवसर नियोक्ता/कार्यक्रम

दिव्यांग व्यक्तियों के अनुरोध पर बिना शुल्क के अतिरिक्त सहायताएं और सेवाएं उपलब्ध कराई जाती हैं।

4b. कौन शामिल था? गवाहों, साथी कर्मचारियों, पर्यवेक्षकों या अन्य को शामिल करें। ज्ञात हो तो नाम, पता और फोन नंबर दें।

---



---



---

4c. यह कब हुआ, किस तारीख को हुआ? \_\_\_\_\_

4d. आपके साथ अलग व्यवहार कैसे किया गया?

---



---



---

5. आप इस शिकायत का समाधान कैसे करना चाहेंगे?

---



---

6. क्या आपको रोजगार सेवाओं की पेशकश की गई थी?  हां  नहीं

7. क्या आपको लगता है कि आपके साथ भेदभाव किया गया है?  हां (अगर "हां," 1 से 13 तक की संख्याएँ पूर्ण करें)  
 नहीं (अगर "नहीं," संख्या 13 पर जाएं)

8. आपके साथ किस प्रकार का भेदभाव किया गया? लागू सभी विकल्पों की जांच करें और मांगी गई जानकारी दर्ज करें।

<input type="checkbox"/> जाति (उल्लेख करें): _____	<input type="checkbox"/> आनुवंशिक प्रवृत्ति और वाहक स्थिति (उल्लेख करें): _____
<input type="checkbox"/> रंग (उल्लेख करें): _____	<input type="checkbox"/> अनुभवी दर्जे की स्थिति (उल्लेख करें): _____
<input type="checkbox"/> धर्म (उल्लेख करें): _____	<input type="checkbox"/> उम्र (जन्मतिथि दर्ज करें): _____
<input type="checkbox"/> राष्ट्रियता (उल्लेख करें): _____	<input type="checkbox"/> यौन अभिविन्यास: _____
<input type="checkbox"/> लिंग: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> राजनीतिक जुड़ाव (उल्लेख करें): _____
<input type="checkbox"/> गिरफ्तारी और सज़ा का रिकॉर्ड (उल्लेख करें) _____	<input type="checkbox"/> घरेलू हिंसा से पीड़ित: _____
<input type="checkbox"/> दिव्यांगता (उल्लेख करें): _____	<input type="checkbox"/> प्रतिशोध/बदला (उल्लेख करें): _____
<input type="checkbox"/> वैवाहिक स्थिति (उल्लेख करें): _____	<input type="checkbox"/> अन्य (उल्लेख करें): _____
<input type="checkbox"/> नागरिकता (उल्लेख करें): _____	
<input type="checkbox"/> यौन उत्पीड़न: _____	

9. आपको क्या लगता है ऐसा क्यों हुआ? \_\_\_\_\_

---

10. क्या आपके पास इस शिकायत को देखने के लिए कोई वकील या दूसरा प्रतिनिधि है?  हां  नहीं

यदि "हां", तो कृपया नीचे उनकी जानकारी दर्ज करें:

नाम: \_\_\_\_\_ फ़ोन: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
पता: \_\_\_\_\_ शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_

समान अवसर नियोक्ता/कार्यक्रम  
दिव्यांग व्यक्तियों के अनुरोध पर बिना शुल्क के अतिरिक्त सहायताएं और सेवाएं उपलब्ध कराई जाती हैं।

11. क्या आपने इनमें से किसी के साथ इस घटना के बारे में कोई मामला या शिकायत दर्ज की है?

- अमेरिकी न्याय विभाग, नागरिक अधिकार प्रभाग  
 NYS श्रम विभाग, समान अवसर विकास विभाग  
 अमेरिकी समान रोज़गार अवसर आयोग  
 NYS मानव अधिकार प्रभाग  
 अमेरिकी Department of Labor, नागरिक अधिकार केंद्र  
 संघीय या राज्य न्यायालय  
 अन्य: \_\_\_\_\_

12. संख्या 11 में चुनी गई प्रत्येक एजेंसी के लिए, कृपया निम्नलिखित जानकारी दर्ज करें:

एजेंसी: \_\_\_\_\_

दाखिल करने की तारीख: \_\_\_\_\_

केस या डॉकेट संख्या: \_\_\_\_\_

ट्रायल या सुनवाई की तारीख: \_\_\_\_\_

एजेंसी या अदालत की लोकेशन: \_\_\_\_\_

जांचकर्ता का नाम: \_\_\_\_\_

केस की स्थिति: \_\_\_\_\_

टिप्पणियां: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

एजेंसी:

दाखिल करने की तारीख: \_\_\_\_\_

केस या डॉकेट संख्या: \_\_\_\_\_

ट्रायल या सुनवाई की तारीख: \_\_\_\_\_

एजेंसी या अदालत की लोकेशन: \_\_\_\_\_

जांचकर्ता का नाम: \_\_\_\_\_

केस की स्थिति: \_\_\_\_\_

टिप्पणियां: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

एजेंसी: \_\_\_\_\_

दाखिल करने की तारीख: \_\_\_\_\_

केस या डॉकेट संख्या: \_\_\_\_\_

ट्रायल या सुनवाई की तारीख: \_\_\_\_\_

एजेंसी या अदालत की लोकेशन: \_\_\_\_\_

जांचकर्ता का नाम: \_\_\_\_\_

केस की स्थिति: \_\_\_\_\_

टिप्पणियां: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

एजेंसी: \_\_\_\_\_

दाखिल करने की तारीख: \_\_\_\_\_

केस या डॉकेट संख्या: \_\_\_\_\_

ट्रायल या सुनवाई की तारीख: \_\_\_\_\_

एजेंसी या अदालत की लोकेशन: \_\_\_\_\_

जांचकर्ता का नाम: \_\_\_\_\_

केस की स्थिति: \_\_\_\_\_

टिप्पणियां: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सत्य और सटीक है।  
 मैं अपनी शिकायत की जांच के लिए प्रवर्तन एजेंसियों को इस जानकारी के प्रकटीकरण को अधिकृत करता हूँ।  
 मैं समझता/समझती हूँ कि लागू कानून(नों) के संगत मेरी पहचान को यथासंभव अधिकतम सीमा तक गोपनीय रखा जाएगा।

शिकायतकर्ता के हस्ताक्षर या प्रतिनिधि के हस्ताक्षर (संख्या 10 देखें):

\_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

समान अवसर नियोक्ता/कार्यक्रम  
 दिव्यांग व्यक्तियों के अनुरोध पर बिना शुल्क के अतिरिक्त सहायताएं और सेवाएं उपलब्ध कराई जाती हैं।

शिकायत फ़ॉर्म यहां खत्म होता है। इस लाइन के नीचे न लिखें।

# यह पृष्ठ केवल आधिकारिक उपयोग के लिए है।

शिकायत संख्या: \_\_\_\_\_

## -----केवल न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग (New York State Department of Labor) स्टाफ के लिए-----

- A. शिकायत का प्रकार। उपयुक्त सभी की जांच करें:  मजदूरी संबंधी  कीटनाशक  बाल श्रम  स्वास्थ्य/सुरक्षा  
 काम करने की स्थिति  हाउसिंग  भेदभाव  अन्य: \_\_\_\_\_
- B. ES संबंधित?  हां  नहीं यदि "हां," कार्य ऑर्डर संख्या: \_\_\_\_\_  
 रोजगार सेवा के खिलाफ?  नियोक्ता के खिलाफ?  ES नियमों का कथित उल्लंघन?  रोजगार कानूनों का कथित उल्लंघन?  
 NYS श्रम मानक या OSHA द्वारा लागू कानूनों से संबंधित शिकायत सहित MSFW?
- C. MSFW?  हां  नहीं
- D. राज्य के बाहर के नियोक्ता?  हां  नहीं
- E. H-2A/मानदंड नियोक्ता?  अमेरिकी घरेलू कामगार  H-2A कामगार  वेतन  हाउसिंग  परिवहन  
 भोजन  अन्य (उल्लेख करें): \_\_\_\_\_
- F. इसका उल्लेख किया:  NYS EO अधिकारी  ESA  OSHA  NYS मॉनिटर एडवोकेट  NYS श्रम मानक  
 अन्य: यदि "अन्य," निम्नलिखित जानकारी दर्ज करें:  
एजेंसी नाम: \_\_\_\_\_ फ़ोन: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
पता: \_\_\_\_\_ शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_
- G. आगे की कार्रवाई करना?  
 हां  नहीं अगर "हां,"  मासिक तौर पर  त्रैमासिक आगे की कार्रवाई की तारीख: \_\_\_\_\_  
टिप्पणियां: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
जिसके द्वारा शिकायत प्राप्त की गई: \_\_\_\_\_ शीर्षक: \_\_\_\_\_  
कार्यालय: \_\_\_\_\_ फ़ोन: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

## -----केवल अमेरिकी Department of Labor स्टाफ के लिए-----

- H. \_\_\_\_\_ केस नंबर: \_\_\_\_\_
- CRC द्वारा प्राप्त CIF:  स्वीकृत  स्वीकृत नहीं किया गया  
टिप्पणियां: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
इसके द्वारा प्राप्त \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_  
हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

समान अवसर नियोक्ता/कार्यक्रम

दिव यांबा यकि केषोनुरोध पर बिना शुल्कके अतिरिक्त सहायताएं और सेवाएं उपलब्ध कराई र ाँ।