

Modulo di informazioni relative al reclamo per discriminazione

Utilizzare il presente modulo per presentare un reclamo per discriminazione presso la Divisione per lo sviluppo delle pari opportunità. È possibile presentare il reclamo a carico di un datore di lavoro pubblico o privato a cui si è stati indirizzati dal Dipartimento del lavoro dello Stato di New York (New York State Department of Labor) oppure a carico del Dipartimento del lavoro dello Stato di New York o suoi dipendenti o destinatari di finanziamenti federali ai sensi della Legge sull'innovazione e le opportunità per la forza lavoro (WIOA - Workforce Innovation and Opportunity Act) per denunciare discriminazioni correlate a loro programmi, servizi e attività. Sul nome e sui dati del denunciante si manterrà la riservatezza nella misura massima consentita dalla legge.

Per maggiori informazioni, è possibile visitare la pagina: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> o telefonare al numero: (518) 457-9000 o (888) 469-7365. Le persone non udenti, ipoudenti, non udenti-non vedenti o con difficoltà di linguaggio possono rivolgersi al New York State Relay Service al numero (800) 662-1220 per TTYITTD, 211 nella Città di New York, oppure 711 nelle altre parti dello Stato.

Istruzioni:

- Inviare per posta il modulo compilato e firmato e ogni documento giustificativo all'indirizzo sopra indicato.
Nota: La persona che presenta il reclamo o il suo rappresentante (si veda il punto n. 10) deve firmare e datare al punto n. 13.
- Se occorre aiuto per la compilazione del presente modulo, è possibile contattare la DEOD al numero 518-457-1984.
NOTA: I reclami in base alla Legge sull'innovazione e le opportunità per la forza lavoro devono essere presentati entro 180 giorni dalla data in cui è avvenuto l'episodio.

1. Informazioni sul Denunciante (Persona che effettua il reclamo):

Nome: _____ Iniz. 2° nome: ____ Cognome: _____

Indirizzo: _____

Località: _____ Stato: ____ Codice postale: _____

Numero di sicurezza sociale: ___ - ___ - _____ Telefono casa: (____) _____ Telefono lavoro: (____) _____

Indirizzo e-mail: _____

Il Denunciante è un dipendente del Dipartimento del lavoro dello Stato di New York? Sì No

2. Informazioni sul convenuto (Agenzia, datore di lavoro o dipendente su cui si esprime il reclamo):

Nome: _____

Indirizzo: _____

Località: _____ Stato ____ Codice postale: _____

Telefono: (____) _____

3. Qual è l'orario più adatto in cui possiamo contattare il denunciante a proposito di questo reclamo?

_____ matt. pom.

4a – 4d. Descrivere brevemente il reclamo. Cercare di essere il più chiari possibile. Se si ritiene di aver subito una discriminazione, descriverne dettagliatamente le modalità. Se occorre, aggiungere altri fogli. Allegare inoltre qualsiasi materiale scritto correlato al proprio caso.

Datore di lavoro/Programma Opportunità di lavoro
Su richiesta, sono disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari per le persone con disabilità.

4a. Cos'è accaduto? Includere il luogo dove è accaduto.

4b. Quali persone sono state implicate? Includere testimoni, colleghi, supervisori o altri. Fornire nome, indirizzo e numero di telefono, se noti.

4c. Quando è accaduto, in quale data? _____

4d. In che modo il denunciante è stato trattato in modo diverso?

5. In che modo il denunciante vorrebbe che venga risolto questo reclamo?

6. Al denunciante sono stati offerti servizi per l'impiego? Sì No

7. **Il denunciante si è sentito discriminato?** **Sì (Se "sì", compilare i numeri da 1 a 13)**
 No (Se "No", saltare al numero 13)

8. In che modo il denunciante è stato discriminato? Selezionare tutte le opzioni applicabili e inserire le informazioni richieste.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Razza (specificare): _____ | <input type="checkbox"/> Predisposizione genetica e condizione di portatore (specificare): _____ |
| <input type="checkbox"/> Colore (specificare): _____ | <input type="checkbox"/> Status di veterano (specificare): _____ |
| <input type="checkbox"/> Religione (specificare): _____ | <input type="checkbox"/> Età (indicare la data di nascita): _____ |
| <input type="checkbox"/> Origine nazionale (specificare): _____ | <input type="checkbox"/> Orientamento sessuale: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sesso: <input type="checkbox"/> Maschile <input type="checkbox"/> Femminili <input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> Appartenenza politica (specificare): _____ |
| <input type="checkbox"/> Fedina penale (specificare): _____ | <input type="checkbox"/> Vittima di violenza domestica: _____ |
| <input type="checkbox"/> Disabilità (specificare): _____ | <input type="checkbox"/> Rappresaglia/ritorsione (specificare): _____ |
| <input type="checkbox"/> Stato civile (specificare): _____ | <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ |
| <input type="checkbox"/> Cittadinanza (specificare): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Molestie sessuali: _____ | |

9. Perché il denunciante pensa che sia accaduto questo?

Datore di lavoro/Programma Opportunità di lavoro
 Su richiesta, sono disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari per le persone con disabilità.

10. Il denunciante ha nominato un avvocato o un altro rappresentante per questo reclamo? Sì No

Se "Sì," indicare di seguito i relativi dati:

Nome: _____ Telefono: (____) _____

Indirizzo: _____ Località: _____ Stato: _____ Codice postale: _____

11. Il denunciante ha avviato una causa o un reclamo su questo episodio presso uno dei seguenti enti?

US Department of Justice, Civil Rights Division (Dipartimento della giustizia degli Stati Uniti - Divisione Diritti civili)

NYS Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development
(Dipartimento del Lavoro dello Stato di New York - Divisione per lo sviluppo delle pari opportunità)

Commissione sulle pari opportunità nel rapporto di impiego (Equal Employment Opportunity Commission)
degli Stati Uniti

Divisione per i diritti umani (Division of Human Rights) dello Stato di New York

US Department of Labor, Civil Rights Center (Dipartimento del lavoro degli Stati Uniti - Centro Diritti civili)

Tribunale federale o statale

Altro: _____

12. Per ciascuna agenzia selezionata al punto n. 11, inserire le seguenti informazioni:

Agenzia: _____

Data di presentazione: _____

Numero pratica o iscrizione a ruolo: _____

Data del processo o dell'udienza: _____

Sede dell'agenzia o del tribunale: _____

Nome dell'investigatore: _____

Situazione della pratica: _____

Commenti: _____

Agenzia: _____

Data di presentazione: _____

Numero pratica o iscrizione a ruolo: _____

Data del processo o dell'udienza: _____

Sede dell'agenzia o del tribunale: _____

Nome dell'investigatore: _____

Situazione della pratica: _____

Commenti: _____

Agenzia: _____

Data di presentazione: _____

Numero pratica o iscrizione a ruolo: _____

Data del processo o dell'udienza: _____

Sede dell'agenzia o del tribunale: _____

Nome dell'investigatore: _____

Situazione della pratica: _____

Commenti: _____

Agenzia: _____

Data di presentazione: _____

Numero pratica o iscrizione a ruolo: _____

Data del processo o dell'udienza: _____

Sede dell'agenzia o del tribunale: _____

Nome dell'investigatore: _____

Situazione della pratica: _____

Commenti: _____

Numero reclamo: _____

13. **Certifico** che le informazioni sopra riportate sono vere e accurate per quanto a mia conoscenza.

Autorizzo la divulgazione di queste informazioni ad agenzie delle forze dell'ordine per le indagini riguardanti questo reclamo.

Sono consapevole che si manterrà la massima riservatezza possibile sulla mia identità, in conformità con le leggi vigenti.

Firma del denunciante o Firma del rappresentante (si veda il numero 10):

Date: _____

Datore di lavoro/Programma Opportunità di lavoro
Su richiesta, sono disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari per le persone con disabilità.

Fine del modulo di reclamo. Non scrivere al di sotto questa riga.

----- **Riservato al personale del Dipartimento del lavoro dello Stato di New York** -----

- A.** Tipo di reclamo. Selezionare tutte le opzioni applicabili: Correlato alla retribuzione Pesticidi
 Lavoro minorile Salute/Sicurezza Condizioni di lavoro Sistemazione abitativa Discriminazione
 Altro: _____
- B.** Correlato ai Servizi per l'impiego (ES)? Sì No Se "Sì", Numero ordine di lavoro: _____
 Contro il servizio per l'impiego? Contro il datore di lavoro? Presunta violazione di regolamenti ES?
 Presunta violazione delle leggi sull'impiego?
 MSFW (Bracciante agricolo migrante/stagionale) con reclamo riguardante leggi applicate in base agli Standard del lavoro NYS oppure OSHA?
- C.** MSFW (Bracciante agricolo migrante/stagionale)? Sì No
- D.** Datore di lavoro al di fuori dello Stato? Sì No
- E.** Datore di lavoro H-2A/criteri? Lavoratore domestico US Lavoratore H-2A Retribuzioni
 Sistemazione abitativa Trasporti Pasti Altro (specificare): _____
- F.** Rinviato a: Funzionario EO NYS ESA OSHA NYS Monitor Advocate
 Standard del lavoro NYS Altro: Se "Altro", inserire le seguenti informazioni:
Nome agenzia: _____ Telefono: (____) _____
Indirizzo: _____ Località: _____ Stato: ____ Codice postale: _____
- G.** Controllo successivo? Sì No Se "Sì", Mensilmente Trimestralmente
Data controllo successivo: _____
Commenti: _____

- Reclamo ricevuto da: _____ Titolo: _____
Ufficio: _____ Telefono: (____) _____
Firma: _____ Data: _____

Datore di lavoro/Programma Opportunità di lavoro
Su richiesta, sono disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari per le persone con disabilità.

----- Riservato al personale del Dipartimento del lavoro degli Stati Uniti -----

H. Numero pratica: _____

CIF ricevuto da CRC: Accettato Non accettato

Commenti: _____

Ricevuto da: _____ Data: _____

Firma: _____ Data: _____

Datore di lavoro/Programma Opportunità di lavoro
Su richiesta, sono disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari per le persone con disabilità.