

## 差別苦情に関する情報フォーム

この用紙を使って機会均等開発課(Division of Equal Opportunity Development)への苦情を申し出て下さい。苦情の対象となるのは、ニューヨーク州労働局(New York State Department of Labor)から紹介された公共または民間の雇用主、またはプログラム、サービス、活動に関連して差別されていると苦情を申し立てられたニューヨーク州労働局(New York State Department of Labor)またはその従業員、労働力革新機会法(Workforce Innovation and Opportunity Act、WIOA)に基づく連邦政府の助成金の受給者などです。法で可能な限りあなたの名前と情報は秘密に保たれます。

詳細は、以下を参照してください：<https://dol.ny.gov/equal-opportunity> または電話番号：(518)457-9000 または(888)469-7365。聴覚障害者、難聴者、盲ろう者、または言語障害のある人は、ニューヨーク州中継サービス(NY市211または州の他の地域では711)に続きTTYITTD、(800)662-1220)に電話することができます。

### 指示：

- 記入して署名したフォームと主張を裏付ける書類を上記の住所に郵送してください。  
注意：苦情を申し立てる人またはその代理人(番号10参照)は、番号13の署名と日付を入れること。
- このフォームへの記入でお聞きになりたいことがある場合は、DEOD(518-457-1984)までお問い合わせください。  
注意：人材革新機会法(Workforce Innovation and Opportunity Act)の苦情は、事件が発生した日から180日以内に提出しなければなりません。

### 1. 苦情情報(苦情を申し立てる者)：

名： \_\_\_\_\_ ミドル： \_\_\_\_\_ 姓： \_\_\_\_\_  
住所： \_\_\_\_\_  
市区町村： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵便番号： \_\_\_\_\_  
社会保障番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 自宅の電話番号：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 職場の電話番号：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Eメールアドレス： \_\_\_\_\_

あなたはニューヨーク州労働局(New York State Department of Labor)の職員ですか？  はい  いいえ

### 2. 回答者情報(あなたが苦情を申し立てている機関、雇用主、または従業員)：

氏名： \_\_\_\_\_  
住所： \_\_\_\_\_  
市区町村： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵便番号： \_\_\_\_\_  
電話番号：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

3. この苦情について連絡するのに最も都合の良い時間を教えてください。 \_\_\_\_\_  午前  午後

4a-4d.あなたの苦情について手短かに説明してください。可能な限り明確に記入してください。自分が差別されていると思う場合、どういふことが詳細に説明してください。必要に応じて、追加シートを添付してください。あなたの事例に関連する書面による資料があれば添付してください。

4a.何が起きたのですか？どこで起きたことかも記載してください。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

機会均等雇用主/プログラム

障害のある方は、ご要望に応じて補助器具・サービスを無料で提供してもらうことができます。

4b.誰が関係していますか？目撃した人、同僚、上司、その他を記載してください。分かっている場合は、氏名、住所と電話番号を記入してください。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4c.いつそれは起きたことですか、日付はいつですか？ \_\_\_\_\_

4d.あなたはどのような違和感のある扱いを受けたのですか？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. この苦情をどのように解決されたいですか？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. 雇用サービスの提供を受けましたか？  はい  いいえ

7. 差別されたと感じたのですか？  はい(「はい」の場合は、1から13までを記入してください)  
 いいえ(「いいえ」の場合、13番は飛ばしてください)

8. あなたはどのような差別を受けたのですか？該当するものをすべてチェックして、求められている情報を入力してください。

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 人種(具体的に): _____  | <input type="checkbox"/> 遺伝的素因と保因者であるか(具体的に): _____ |
| <input type="checkbox"/> 肌の色(具体的に): _____   | <input type="checkbox"/> 兵役経験の有無(具体的に): _____       |
| <input type="checkbox"/> 宗教(具体的に): _____  | <input type="checkbox"/> 生年月日(生年月日を入力してください): _____ |
| <input type="checkbox"/> 出身国(具体的に): _____   | <input type="checkbox"/> 性的指向: _____                |
| <input type="checkbox"/> 性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 所属政党(具体的に): _____          |
| <input type="checkbox"/> 逮捕および前科の記録(具体的に): _____  | <input type="checkbox"/> 家庭内暴力の被害者: _____           |
| <input type="checkbox"/> 障害(具体的に): _____  | <input type="checkbox"/> 仕返し/報復(具体的に): _____        |
| <input type="checkbox"/> 配偶者の有無(具体的に): _____  | <input type="checkbox"/> その他(具体的に): _____           |
| <input type="checkbox"/> 市民権(具体的に): _____   |   |
| <input type="checkbox"/> セクシャルハラスメント: _____   |   |

9. そうしたことが起きたのはなぜだとあなたは思いますか？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. この苦情に関してあなたには弁護士または他の代理人がいますか？  はい  いいえ

「はい」の場合、彼らの情報を以下に入力してください:

氏名: \_\_\_\_\_ 電話番号: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_ 市区町村: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵便番号: \_\_\_\_\_

機会均等雇用主/プログラム  
 障害のある方は、ご要望に応じて補助器具・サービスを無料で提供してもらうことができます。

11. 今回の事例に関して、以下のいずれかに事例や苦情を申し立てたことがありますか？

苦情番号：  
\_\_\_\_\_

- 米国司法省公権部 (US Dept. of Justice, Civil Rights Division)
- ニューヨーク州労働局機会均等開発課 (NYS Dept. of Labor, Division of Equal Opportunity Development)
- 米国雇用機会均等委員会 (US Equal Employment Opportunity Commission)
- ニューヨーク州人権課 (NYS Division of Human rights)
- 米国労働局公民権センター (US Dept. of Labor, Civil Rights Center)
- 連邦または州裁判所
- その他

12. 番号11でチェックインした各機関について、次の情報を入力してください：

機関： \_\_\_\_\_

機関： \_\_\_\_\_

提出日： \_\_\_\_\_

提出日： \_\_\_\_\_

事例または事件番号： \_\_\_\_\_

事例または事件番号： \_\_\_\_\_

公判日または聴聞日： \_\_\_\_\_

公判日または聴聞日： \_\_\_\_\_

機関または裁判所の所在地： \_\_\_\_\_

機関または裁判所の所在地： \_\_\_\_\_

調査員の氏名： \_\_\_\_\_

調査員の氏名： \_\_\_\_\_

事例の状況： \_\_\_\_\_

事例の状況： \_\_\_\_\_

コメント： \_\_\_\_\_

コメント： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

機関： \_\_\_\_\_

機関： \_\_\_\_\_

提出日： \_\_\_\_\_

提出日： \_\_\_\_\_

事例または事件番号： \_\_\_\_\_

事例または事件番号： \_\_\_\_\_

公判日または聴聞日： \_\_\_\_\_

公判日または聴聞日： \_\_\_\_\_

機関または裁判所の所在地： \_\_\_\_\_

機関または裁判所の所在地： \_\_\_\_\_

調査員の氏名： \_\_\_\_\_

調査員の氏名： \_\_\_\_\_

事例の状況： \_\_\_\_\_

事例の状況： \_\_\_\_\_

コメント： \_\_\_\_\_

コメント： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. 上記情報は真実であり、私が知り信じているすべてに対して正確であることを証明します。

私は私の苦情の調査のために、この情報を執行機関に開示することを許可します。

私の身元は適用法に沿って可能な限り秘密にされると理解しています。

申立人の署名または代表者の署名 (番号10参照)： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_

機会均等雇用主/プログラム

障害のある方は、ご要望に応じて補助器具・サービスを無料で提供してもらうことができます。

これで苦情用紙は終わりです。この行の下には書かないでください。

このページは公用に限ります。

苦情番号： \_\_\_\_\_

----- ニューヨーク州労働局 (New York State Department of Labor) 職員のみ閲覧可 -----

- A. 苦情の種類。該当するものをすべてチェックしてください：賃金関連  農業  児童労働  健康/安全  
 労働条件  住宅  差別  その他：\_\_\_\_\_：
- B. ES関連？  はい  いいえ 「はい」の場合、ジョブ指図番号：\_\_\_\_\_
- 雇用サービスに対してですか？  雇用主に対してですか？  ES規制違反の疑い？  雇用法違反の疑い？  
 ニューヨーク州労働基準(NYS Labor Standards)または OSHA によって施行される法律に関して苦情を抱えている MSFW ですか？
- C. MSFW ですか？  はい  いいえ
- D. 州外の雇用主ですか？  はい  いいえ
- E. H-2A/基準雇用主？  米国内の家事労働者  H-2 A労働者  賃金  住宅  交通  
 食事  その他 (具体的に)：\_\_\_\_\_
- F. 次に言及： ニューヨーク州EO職員(NYS EO Officer)  ESA  OSHA  ニューヨーク州監視アドボケート (NYS Monitor Advocate)
- ニューヨーク州労働基準(NYS Labor Standards) その他：「その他」の場合、次の情報を入力します：  
機関：\_\_\_\_\_ 電話番号：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
住所：\_\_\_\_\_ 市区町村：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵便番号：\_\_\_\_\_
- G. フォローアップ？  
 はい  いいえ 「はい」の場合、 月次  四半期 フォローアップ日：\_\_\_\_\_
- コメント：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 苦情を受け付けた者：\_\_\_\_\_ 役職名：\_\_\_\_\_
- 事務所：\_\_\_\_\_ 電話番号：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- 署名：\_\_\_\_\_ 日付：\_\_\_\_\_

----- 米国労働局 (United State Department of Labor) 職員のみ閲覧可 -----

- H. \_\_\_\_\_ 事件番号：\_\_\_\_\_
- CRCIにより受け付けたCIF： 受理  不受理
- コメント：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 受け付けた者：\_\_\_\_\_ 日付：\_\_\_\_\_
- 署名：\_\_\_\_\_ 日付：\_\_\_\_\_

機会均等雇用主/プログラム

障害のある方は、ご要望に応じて補助器具・サービスを無料で提供してもらうことができます。