

## Formularz informacyjny na temat skargi w związku z dyskryminacją

Użyj tego formularza, aby złożyć skargę na dyskryminację do Wydziału ds. Rozwoju Równych Szans. Skarga może być skierowana przeciwko: publicznemu lub prywatnemu pracodawcy, do którego zostałeś skierowany przez Departament Pracy Stanu Nowy Jork lub przeciwko Departamentowi Pracy Stanu Nowy Jork lub jego pracownikom oraz odbiorcom funduszy federalnych w ramach Ustawy o innowacjach i możliwościach dla siły roboczej (Workforce Innovation and Opportunity Act; WIOA) w związku z zarzutem dyskryminacji w odniesieniu do oferowanych przez nich programów, usług i działań. Twoje nazwisko i informacje będą traktowane jako poufne w najszerszym zakresie prawa.

Aby uzyskać więcej informacji, wejdź na stronę <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> lub zadzwoń pod numer: (518) 457-9000 lub (888) 469-7365. Osoby niesłyszące, niedosłyszące, głuche i niewidome lub z zaburzeniami mowy mogą zadzwonić do New York State Relay Service pod numer (800) 662-1220 dla TTYITTD, 211 w NYC lub 711 w innych częściach stanu.

### Instrukcje:

- Wyślij wypełniony i podpisany formularz oraz wszelkie dokumenty uzupełniające na powyższy adres.  
Uwaga: Osoba składająca skargę lub jej przedstawiciel (patrz pozycja 10), musi podpisać i opatrzyć datą pozycję 13.
- Jeśli potrzebujesz pomocy w wypełnieniu tego formularza, możesz skontaktować się z DEOD pod numerem 518-457-1984.  
UWAGA: Skarga w związku z Ustawą o innowacjach i możliwościach dla siły roboczej musi zostać złożona w ciągu 180 dni od incydentu domniemanej dyskryminacji.

### 1. Informacje na temat osoby składającej skargę:

Pierwsze imię: \_\_\_\_\_ In: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefon domowy: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefon służbowy: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

Czy jesteś pracownikiem Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork?  Tak  Nie

### 2. Informacje dotyczące pozwanego (agencji, pracodawcy lub pracownika, na którego składasz skargę):

Nazwa/Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### 3. Jaki jest najdogodniejszy czas, w którym możemy się z Tobą skontaktować w sprawie skargi?

\_\_\_\_\_  DO POŁUDNIA  PO POŁUDNIU

4a – 4d. Krótko opisz swoją skargę. Bądź tak szczegółowy, jak to tylko możliwe. Jeśli uważasz, że byłeś dyskryminowany, opisz szczegółowo, w jaki sposób. W razie potrzeby możesz załączyć dodatkowe arkusze. Dołącz również wszelkie materiały pisemne związane z Twoją sprawą.

Pracodawca/program zapewniający równość szans  
Sprzęt oraz usługi pomocnicze są dostępne dla osób niepełnosprawnych bezpłatnie i na życzenie.

4a. Co się stało? Proszę podać miejsce, w którym się to stało.

---



---



---

4b. Kto był w to zaangażowany? Uwzględnij świadków, współpracowników, przełożonych lub inne osoby. Podaj nazwisko, adres i numer telefonu, jeśli są znane.

---



---



---

4c. Kiedy to się stało, w jakim dniu? \_\_\_\_\_

4d. W jaki sposób potraktowano Cię inaczej?

---



---



---

5. Jak chciałbyś, aby ta skarga została rozwiązana?

---



---

6. Czy zaoferowano Ci usługi w zakresie zatrudnienia?  Tak  Nie

7. **Czy czujesz, że jesteś dyskryminowany?**  Tak (Jeśli „tak”, należy wypełnić pozycje od 1 do 13)  
 Nie (Jeśli „nie”, przejdź do pozycji 13)

8. W jaki sposób byłeś dyskryminowany? Zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi i wprowadzić żądane informacje.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rasa (określić): _____   | <input type="checkbox"/> Predyspozycje genetyczne i status nosiciela (określić): _____ |
| <input type="checkbox"/> Kolor (określić): _____  | <input type="checkbox"/> Status weterana (określić): _____                             |
| <input type="checkbox"/> Religia (określić): _____  | <input type="checkbox"/> Wiek (podać datę urodzenia): _____                            |
| <input type="checkbox"/> Pochodzenie narodowe (określić): _____   | <input type="checkbox"/> Orientacja seksualna: _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Płeć: <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> Przynależność polityczna (określić): _____                    |
| <input type="checkbox"/> Akta aresztowania i skazania (określić): _____   | <input type="checkbox"/> Ofiara przemocy w rodzinie: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność (określić): _____  | <input type="checkbox"/> Represja/odwet (określić): _____                              |
| <input type="checkbox"/> Stan cywilny (określić): _____   | <input type="checkbox"/> Inne (określić): _____  |
| <input type="checkbox"/> Obywatelstwo (określić): _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Molestowanie seksualne: _____  |  |

9. Jak sądzisz, dlaczego tak się stało? \_\_\_\_\_

---

Pracodawca/program zapewniający równość szans  
 Sprzęt oraz usługi pomocnicze są dostępne dla osób niepełnosprawnych bezpłatnie i na życzenie.

**Numer skargi:**  
\_\_\_\_\_

10. Czy masz adwokata lub innego przedstawiciela w związku ze skargą?  Tak  Nie

Jeśli „tak”, proszę wpisać poniżej dane tej osoby:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Numer telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

11. Czy złożyłeś skargę dotyczącą tego zdarzenia do któregoś z następujących podmiotów?

Amerykański Departament Sprawiedliwości, Wydział Praw Obywatelskich

Wydział ds. Rozwoju Równych Szans Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork

Amerykańska Komisja ds. Równości w Zatrudnieniu

Wydział Praw Człowieka

Amerykański Departament Pracy, Centrum Praw Obywatelskich

Sąd Federalny lub Stanowy

Inne: \_\_\_\_\_

12. Dla każdej agencji zaznaczonej w pozycji 11 proszę podać następujące informacje:

**Agencja:** \_\_\_\_\_

Data złożenia: \_\_\_\_\_

Numer sprawy lub akt: \_\_\_\_\_

Data rozprawy lub przesłuchania: \_\_\_\_\_

Lokalizacja agencji lub sądu: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie:  
\_\_\_\_\_

Status sprawy: \_\_\_\_\_

Komentarz: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Agencja:** \_\_\_\_\_

Data złożenia: \_\_\_\_\_

Numer sprawy lub akt: \_\_\_\_\_

Data rozprawy lub przesłuchania: \_\_\_\_\_

Lokalizacja agencji lub sądu: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie:  
\_\_\_\_\_

Status sprawy: \_\_\_\_\_

Komentarz: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Agencja:** \_\_\_\_\_

Data złożenia: \_\_\_\_\_

Numer sprawy lub akt: \_\_\_\_\_

Data rozprawy lub przesłuchania: \_\_\_\_\_

Lokalizacja agencji lub sądu: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie:  
\_\_\_\_\_

Status sprawy: \_\_\_\_\_

Komentarz: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Agencja:** \_\_\_\_\_

Data złożenia: \_\_\_\_\_

Numer sprawy lub akt: \_\_\_\_\_

Data rozprawy lub przesłuchania: \_\_\_\_\_

Lokalizacja agencji lub sądu: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie:  
\_\_\_\_\_

Status sprawy: \_\_\_\_\_

Komentarz: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pracodawca/program zapewniający równość szans  
Sprzęt oraz usługi pomocnicze są dostępne dla osób niepełnosprawnych bezpłatnie i na życzenie.

13. **Oświadczam**, że informacje podane powyżej są prawdziwe i dokładne zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

**Upoważniam** do ujawnienia tych informacji organom ścigania w celu przeprowadzenia dochodzenia w sprawie mojej skargi.

**Rozumiem**, że moja tożsamość zostanie zachowana jako poufna w maksymalnym stopniu zgodnym z obowiązującymi przepisami prawa.

Podpis osoby składającej skargę lub jej przedstawiciela (patrz pozycja 10):

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Pracodawca/program zapewniający równość szans  
Sprzęt oraz usługi pomocnicze są dostępne dla osób niepełnosprawnych bezpłatnie i na życzenie.

**Tutaj kończy się formularz skargi. Nie należy pisać poniżej tej linii.**

**Ta strona jest przeznaczona wyłącznie do użytku służbowego.****----- Wyłącznie dla pracowników Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork -----**

- A.** Rodzaj skargi. Zaznaczyć wszystkie odpowiedzi odpowiadające danej sytuacji:  Wynagrodzenie  Pestycydy  
 Praca dzieci  BHP  Warunki pracy  Zakwaterowanie  Dyskryminacja  Inne: \_\_\_\_\_
- B.** Związana z ES?  Tak  Nie Jeśli „tak”, numer zlecenia: \_\_\_\_\_  
 Na służby zatrudnienia?  Na pracodawcę?  Domniemane naruszenie przepisów ES?  
 Domniemane naruszenie prawa pracy?  
 MSFW ze skargą dotyczącą prawa egzekwowanego przez Departament Standardów Pracy Stanu Nowy Jork lub OSHA?
- C.** MSFW?  Tak  Nie
- D.** Pracodawca spoza stanu?  Tak  Nie
- E.** H-2A/Kryteria pracodawcy?  Amerykańska pomoc domowa  Pracownik H-2A  Wynagrodzenie  
 Zakwaterowanie  Transport  Posiłki  Inne (określić): \_\_\_\_\_
- F.** W związku z:  Urzędnikiem NYS EO  ESA  OSHA  Rzecznikiem monitorującym NYS  
 Departamentem Standardów Pracy  Inne: Jeśli „Inne”, należy podać następujące informacje:  
Nazwa agencji: \_\_\_\_\_ Numer telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_ Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_ Kod: \_\_\_\_\_
- G.** Kontakt?  Tak  Nie Jeśli „tak”  Miesięczny  Kwartalny Data kontaktu: \_\_\_\_\_  
Komentarz: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Skargę przyjął: \_\_\_\_\_ Stanowisko: \_\_\_\_\_  
Urząd: \_\_\_\_\_ Telefon: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**----- Wyłącznie dla pracowników Amerykańskiego Departamentu Pracy -----**

- H.** Numer sprawy: \_\_\_\_\_
- CIF przyjęta przez CRC:  Zaakceptowana  Niezaakceptowana  
Komentarz: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Przyjęta przez: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Pracodawca/program zapewniający równość szans

Sprzęt oraz usługi pomocnicze są dostępne dla osób niepełnosprawnych bezpłatnie i na życzenie.