

## Информационная форма для подачи жалобы на дискриминацию

Используйте этот бланк, чтобы подать жалобу о дискриминации в Отдел по развитию равных возможностей. Жалоба может быть направлена против: государственного служащего или сотрудника частного отдела, с которым вы контактировали в Департаменте труда штата Нью-Йорк, Департамента труда штата Нью-Йорк или его сотрудников, а также получателям федеральной финансовой поддержки, согласно Закону об инновациях и возможностях для рабочей силы (WIOA), о дискриминации в отношении их программ, услуг и деятельности. Ваше имя и информация будут сохранены в тайне в полном соответствии с законом.

За дополнительной информацией обращайтесь на вебсайт: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> или звоните по номеру: (518) 457-9000 или (888) 469-7365. Глухие, лица с проблемами со слухом, слепоглухие или лица с нарушениями речи могут обратиться в Службу коммутируемых сообщений штата Нью-Йорк по номеру: (800) 662-1220 для устройств ТТУИТД, 211 в городе Нью-Йорк или 711 в других частях штата.

### Инструкции:

- Отправьте заполненное и подписанное заявление и любые подтверждающие документы на указанный выше адрес. Примечание: Лицо, подающее жалобу, или его представитель (см. пункт 10) должны поставить подпись и дату в пункте 13.
- Если вам требуется помощь при заполнении данной формы, обратитесь в Отдел по развитию равных возможностей по номеру: 518-457-1984.  
ПРИМЕЧАНИЕ: Жалоба, поданная в отношении Закона об инновациях и возможностей для рабочей силы, должна быть подана в течение 180 дней с момента предполагаемого события дискриминации.

### 1. Информация о заявителе (лицо, подающее жалобу):

Имя: \_\_\_\_\_ Ср. инициал: \_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Номер социального страхования: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Домашний телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Рабочий телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Эл. почта: \_\_\_\_\_

Вы являетесь сотрудником Департамента труда штата Нью-Йорк?  Да  Нет

### 2. Информация об ответчике (агентство, работодатель или сотрудник, на которого вы подаете жалобу):

Имя/название: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

3. В какое время удобнее всего связаться с вами по поводу этой жалобы? \_\_\_\_\_  утро  вечер

4a – 4d. Кратко опишите вашу жалобу. Излагайте все как можно четче. Если вы считаете, что подверглись дискриминации, подробно опишите, каким образом. При необходимости приложите дополнительные листы. Также приложите все письменные материалы, относящиеся к вашему делу.

Работодатель/программа равных возможностей  
Дополнительные вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью доступны по запросу.

4а. Что случилось? Просим вас указать также место, где это случилось.

---

---

---

4б. Кто был вовлечен? Включая свидетелей, коллег по работе, руководителей или других лиц. Укажите имя, адрес и номер телефона, если они известны.

---

---

---

4с. Когда это произошло, в какой день? \_\_\_\_\_

4д. Каким образом отношение к вам было иным?

---

---

---

---

5. Как бы вы хотели, чтобы эта жалоба была урегулирована?

---

---

6. Предлагались ли вам услуги по трудоустройству?  Да  Нет

7. **Вы считаете, что подверглись дискриминации?**  Да (Если «Да», заполните пункты 1-13)  
 Нет (Если «Нет», перейдите к пункту 13)

8. Каким образом была проявлена дискриминация? Отметьте все, что применимо, и введите требуемую информацию.

Раса (уточните): \_\_\_\_\_

Цвет (уточните): \_\_\_\_\_

Религия (уточните): \_\_\_\_\_

Национальность (уточните): \_\_\_\_\_

Пол:  Мужской  Женский  X-гендер

Аресты и судимости (уточните): \_\_\_\_\_

Инвалидность (уточните): \_\_\_\_\_

Семейное положение (уточните): \_\_\_\_\_

Гражданство (уточните): \_\_\_\_\_

Сексуальные домогательства: \_\_\_\_\_

Генетическая предрасположенность и статус носителя (уточните): \_\_\_\_\_

Статус ветерана (уточните): \_\_\_\_\_

Возраст (укажите дату рождения): \_\_\_\_\_

Сексуальная ориентация: \_\_\_\_\_

Политическая принадлежность (уточните): \_\_\_\_\_

Жертва домашнего насилия: \_\_\_\_\_

Возмездие/репрессии (уточните): \_\_\_\_\_

Другое (уточните): \_\_\_\_\_

9. Как вы думаете, почему это произошло? \_\_\_\_\_

10. Есть ли у вас адвокат или другой представитель по данной жалобе?  Да  Нет

Если «Да», введите их информацию ниже:

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

11. Вы подавали дело или жалобу по поводу этого инцидента в любую из следующих инстанций?

- US Department of Justice, Civil Rights Division (Министерство юстиции США, Отдел гражданских прав)
- NYS Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development (Департамент труда штата Нью-Йорк, Отдел развития равных возможностей)
- US Equal Employment Opportunity Commission (Комиссия по вопросу равных возможностей занятости)
- NYS Division of Human Rights (Отдел по правам человека штата Нью-Йорк)
- US Department of Labor, Civil Rights Division (Департамент труда США, Отдел гражданских прав)
- Federal or State Court (Федеральный суд или суд штата)
- Другое: \_\_\_\_\_

12. Для каждого агентства, отмеченного в пункте 11, укажите следующую информацию:

**Агентство:** \_\_\_\_\_

Дата подачи: \_\_\_\_\_

Номер дела или досье: \_\_\_\_\_

Дата судебного разбирательства или слушания: \_\_\_\_\_

Местонахождение агентства или суда: \_\_\_\_\_

Фамилия следователя: \_\_\_\_\_

Статус дела: \_\_\_\_\_

Комментарии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Агентство:** \_\_\_\_\_

Дата подачи: \_\_\_\_\_

Номер дела или досье: \_\_\_\_\_

Дата судебного разбирательства или слушания: \_\_\_\_\_

Местонахождение агентства или суда: \_\_\_\_\_

Фамилия следователя: \_\_\_\_\_

Статус дела: \_\_\_\_\_

Комментарии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Агентство:** \_\_\_\_\_

Дата подачи: \_\_\_\_\_

Номер дела или досье: \_\_\_\_\_

Дата судебного разбирательства или слушания:

\_\_\_\_\_

Местонахождение агентства или суда:

\_\_\_\_\_

Фамилия следователя: \_\_\_\_\_

Статус дела: \_\_\_\_\_

Комментарии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Агентство:** \_\_\_\_\_

Дата подачи: \_\_\_\_\_

Номер дела или досье: \_\_\_\_\_

Дата судебного разбирательства или слушания:

\_\_\_\_\_

Местонахождение агентства или суда:

\_\_\_\_\_

Фамилия следователя: \_\_\_\_\_

Статус дела: \_\_\_\_\_

Комментарии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. **Я подтверждаю**, что приведенная выше информация является правдивой и точной, насколько мне известно.

**Я разрешаю** раскрывать эту информацию правоохранительным органам для расследования моей жалобы.

**Я понимаю**, что моя личность будет сохранена в тайне в максимально возможной степени в соответствии с применимым(и) законом(ами).

Подпись заявителя или представителя (см. пункт 10):

\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Работодатель/программа равных возможностей  
Дополнительные вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью доступны по запросу.

**Это конец бланка жалобы. Не пишите ниже этой линии.**

**Эта страница предназначена только для  
официального использования.**

Номер жалобы: \_\_\_\_\_

----- Только для сотрудников Департамента труда штата Нью-Йорк -----

- A.** Вид жалобы. Отметьте все пункты, имеющие отношение:  В отношении заработной платы  
 Об использовании пестицидов  В отношении детского труда  
 В отношении здравоохранения или обеспечения безопасности  В отношении условий работы  
 В отношении проживания  О дискриминации  Другое: \_\_\_\_\_

- B.** Дискриминация связана с услугами найма на работу?  Да  Нет

Если «Да», укажите номер наряда на работу: \_\_\_\_\_

- Против службы занятости?  Против работодателя?  
 Присутствует связанное нарушение норм найма на работу?  
 Присутствует связанное нарушение законодательства о найме на работу?  
 Закон о мигрантах и сезонных сельскохозяйственных рабочих с жалобой в отношении трудовых норм штата Нью-Йорк или Закон об охране труда и здоровья на производстве?

- C.** Закон о мигрантах и сезонных сельскохозяйственных рабочих?  Да  Нет

- D.** Работодатель из другого штата?  Да  Нет

- E.** Работодатель по программе H-2A?  Работник-гражданин США  Работник по программе H-2A  
 Заработная плата  Проживание  Транспорт  Питание  Другое (укажите): \_\_\_\_\_

- F.** В отношении:  Представитель Организации предпринимателей штата Нью-Йорк  
 Закон о стабилизации экономики  Закон об охране труда и здоровья на производстве  
 Адвокат по делам мигрантов и сезонных работников штата Нью-Йорк  
 Трудовые нормы штата Нью-Йорк  Иное: Если "Иное", укажите следующие сведения:

Наименование агентства: \_\_\_\_\_ Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

- G.** Дальнейшие действия?  Да  Нет Если "Да",  Ежемесячно  Ежеквартально

Дата дальнейших действий: \_\_\_\_\_

Комментарии: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Жалобу получил: \_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_

Офис: \_\_\_\_\_ Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Работодатель/программа равных возможностей  
Дополнительные вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью доступны по запросу.

----- Только для сотрудников Департамента труда США -----

Н.

Дело №: \_\_\_\_\_

CIF получен CRC:  Принято  Не принято

Комментарии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Получил: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Работодатель/программа равных возможностей

Дополнительные вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью доступны по запросу.