

امتیازی سلوک کی شکایت کا معلوماتی فارم

مساوی مواقع کی ترقی کے ٹویژن میں امتیازی سلوک کی شکایت درج کرانے کے لیے اس فارم کا استعمال کریں۔ شکایت اس پبلک یا پرائیویٹ آجر کے خلاف ہو سکتی ہے جس کے پاس آپ کو نیویارک اسٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف لیبر (New York State Department of Labor) نے بھیجا تھا، یا نیویارک اسٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف لیبر یا اس کے ملازمین اور ورک فورس انوویشن اینڈ اپرچونٹی ایکٹ (Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA)) کے تحت وفاقی فنڈنگ کے وصول کنندگان کے خلاف ان کے پروگراموں، خدمات اور سرگرمیوں کے سلسلے میں امتیازی سلوک کے الزامات کو لے کر ہو سکتی ہے۔ آپ کا نام اور معلومات قانون کی مکمل حد تک راز رکھی جائیں گی۔

مزید معلومات کے لئے <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> پر جائیں یا کال کریں: (518) 457-9000 یا (888) 469-7365۔ وہ لوگ جو بہرے ہیں، سننے سے محروم ہیں، بہرے اندھے ہیں یا بولنے سے معذور ہیں وہ نیو یارک اسٹیٹ ریلیے سروس (New York State Relay Service) کو TTYITTD کے لیے (800) 662-1220 پر، نیو یارک شہر میں 211، یا ریاست کے دیگر حصوں میں 711 پر کال کر سکتے ہیں۔

ہدایات:

- مکمل شدہ اور دستخط شدہ فارم اور کوئی بھی معاون دستاویزات اوپر والے پتے پر بھیجیں۔
- نوٹ: شکایت کرنے والے شخص، یا ان کے نمائندے (نمبر 10 دیکھیں)، کو نمبر 13 پر دستخط کرنا اور تاریخ دینا لازمی ہے۔
- اگر آپ کو اس فارم کو مکمل کرنے میں مدد کی ضرورت ہے تو، آپ DEOD سے 518-457-1984 پر رابطہ کر سکتے ہیں۔
- نوٹ: ورک فورس انوویشن اینڈ اپرچونٹی ایکٹ کی شکایات واقعہ پیش آنے کی تاریخ کے 180 دنوں کے اندر درج کی جانی چاہئیں۔

1. شکایت کنندہ کی معلومات (شکایت کرنے والا شخص):

پہلا نام: _____ MI: _____ آخری نام: _____
پتہ: _____
شہر: _____ ریاست: _____ زپ: _____
سوشل سیکورٹی نمبر: _____ - _____ - _____ گھر کا فون: _____ (____) _____ کام کی جگہ کا فون: _____ (____) _____
ای میل پتہ: _____

کیا آپ نیویارک اسٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف لیبر کے ملازم ہیں؟ ہاں نہیں

2. جواب دہندہ کی معلومات (ایجنسی، آجر، یا ملازم جس کے بارے میں آپ شکایت کر رہے ہیں):

نام: _____
پتہ: _____
شہر: _____ ریاست: _____ زپ: _____
فون: _____ (____)

3. اس شکایت کے بارے میں آپ سے رابطہ کرنے کے لیے ہمارے لیے سب سے مناسب وقت کیا ہے؟ صبح شام

4d - 4a. شکایت کو مختصراً بیان کریں۔ ممکن حد تک واضح کریں۔ اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کے ساتھ امتیازی سلوک کیا گیا ہے، تو براہ کرم تفصیل سے بتائیں کہ یہ کیسے ہوا۔ اگر ضرورت ہو تو اضافی شیٹس منسلک کریں۔ اس کے علاوہ، اپنے کیس سے متعلق کوئی تحریری مواد منسلک کریں۔

4a. کیا ہوا؟ براہ کرم شامل کریں کہ یہ کہاں ہوا ہے۔

مساوی مواقع کا آجر/پروگرام
معاون امداد اور خدمات درخواست پر اور معذور افراد کے لیے مفت دستیاب ہیں۔

4b. کون شامل تھا؟ گواہ، ساتھی ملازمین، سپروائزر یا دیگر کو شامل کریں۔ اگر معلوم ہو تو نام، پتہ اور فون نمبر فراہم کریں۔

4c. یہ کب، کس تاریخ کو ہوا؟

4d. آپ کے ساتھ مختلف سلوک کیسے کیا گیا؟

5. آپ اس شکایت کو کیسے حل کرنا چاہیں گے؟

6. کیا آپ کو ملازمت کی خدمات پیش کی گئی تھیں؟ ہاں نہیں

7. کیا آپ کو لگتا ہے کہ آپ کے ساتھ امتیازی سلوک کیا گیا ہے؟ ہاں (اگر "ہاں تو،" 1 سے 13 تک کے نمبر مکمل کریں) نہیں (اگر "نہیں تو،" نمبر 13 پر جائیں)

8. آپ کے ساتھ مختلف سلوک کیسے کیا گیا؟ قابل اطلاق تمام چیزوں کو نشان لگائیں اور درخواست کردہ معلومات درج کریں۔

<input type="checkbox"/> نسلی (وضاحت کریں):	<input type="checkbox"/> جینیاتی رجحان اور کیریئر کی حالت (وضاحت کریں):
<input type="checkbox"/> رنگ (وضاحت کریں):	<input type="checkbox"/> فوجی حیثیت (وضاحت کریں):
<input type="checkbox"/> مذہب (وضاحت کریں):	<input type="checkbox"/> عمر (پیدائش کی تاریخ درج کریں):
<input type="checkbox"/> قومی نسب (وضاحت کریں):	<input type="checkbox"/> جنسی ہراساں:
<input type="checkbox"/> جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> عورت <input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> سیاسی وابستگی (وضاحت کریں):
<input type="checkbox"/> گرفتاری اور سزا کا ریکارڈ (وضاحت کریں):	<input type="checkbox"/> گھریلو تشدد کا شکار:
<input type="checkbox"/> معذوری (وضاحت کریں):	<input type="checkbox"/> بدلہ/انتقامی کارروائی (وضاحت کریں):
<input type="checkbox"/> ازدواجی حیثیت (وضاحت کریں):	<input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں):
<input type="checkbox"/> شہریت (وضاحت کریں):	<input type="checkbox"/> جنسی ہراساں:

9. آپ کو کیوں لگا کہ یہ ہوا ہے؟

10. کیا آپ کے پاس اس شکایت کے لیے کوئی وکیل یا دوسرا نمائندہ ہے؟ ہاں نہیں

اگر "ہاں" تو براہ کرم ذیل میں ان کی معلومات درج کریں:

نام: _____ فون: _____ (_____)

پتہ: _____ شہر: _____ ریاست: _____ زپ: _____

مساوی مواقع کا آجر/پروگرام
معاون امداد اور خدمات درخواست پر اور معذور افراد کے لیے مفت دستیاب ہیں۔

11. کیا آپ نے مندرجہ ذیل میں سے کسی کے ساتھ اس واقعے کے بارے میں کوئی مقدمہ یا شکایت درج کروائی ہے؟
- امریکی محکمہ انصاف (US Department of Justice)، شہری حقوق ڈویژن (Civil Rights Division)
- NYS ڈیپارٹمنٹ آف لیبر (NYS Department of Labor)، مساوی مواقع کی ترقی کا ڈویژن
- US مساوی روزگار کے مواقع کا کمیشن (US Equal Employment Opportunity Commission)
- NYS انسانی حقوق کا ڈویژن (NYS Division of Human Rights)
- US ڈیپارٹمنٹ آف لیبر (US Department of Labor)، شہری حقوق کا مرکز (Civil Rights Center)
- وفاقی یا ریاستی عدالت
- دیگر:

12. نمبر 11 میں نشان زد کی گئی ہر ایجنسی کے لیے، براہ کرم درج ذیل معلومات درج کریں:

ایجنسی:	ایجنسی:
دائر کرنے کی تاریخ:	دائر کرنے کی تاریخ:
مقدمہ یا ڈاکٹ نمبر:	مقدمہ یا ڈاکٹ نمبر:
مقدمہ یا سماعت کی تاریخ:	مقدمہ یا سماعت کی تاریخ:
ایجنسی یا عدالت کا مقام:	ایجنسی یا عدالت کا مقام:
تفتیش کار کا نام:	تفتیش کار کا نام:
مقدمہ کی حیثیت:	مقدمہ کی حیثیت:
تبصرے:	تبصرے:

ایجنسی:	ایجنسی:
دائر کرنے کی تاریخ:	دائر کرنے کی تاریخ:
مقدمہ یا ڈاکٹ نمبر:	مقدمہ یا ڈاکٹ نمبر:
مقدمہ یا سماعت کی تاریخ:	مقدمہ یا سماعت کی تاریخ:
ایجنسی یا عدالت کا مقام:	ایجنسی یا عدالت کا مقام:
تفتیش کار کا نام:	تفتیش کار کا نام:
مقدمہ کی حیثیت:	مقدمہ کی حیثیت:
تبصرے:	تبصرے:

13. میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اوپر دی گئی معلومات میری بہترین معلومات کے مطابق صحیح اور درست ہیں۔
- میں اپنی شکایت کی تحقیقات کے لیے نافذ کرنے والے اداروں کو اس معلومات کے افشاء کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔
- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری شناخت کو قابل اطلاق قانون (قوانین) کے مطابق زیادہ سے زیادہ حد تک خفیہ رکھا جائے گا۔
- شکایت کنندہ کا دستخط یا نمائندے کا دستخط (دیکھیں نمبر 10):

تاریخ:

مساوی مواقع کا آجر/پروگرام
معاون امداد اور خدمات درخواست پر اور معذور افراد کے لیے مفت دستیاب ہیں۔

یہ شکایت فارم کا اختتام ہے۔ اس لائن سے نیچے نہ لکھیں۔

----- صرف نیویارک اسٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف لیبر کے عملہ کے لیے -----

A. شکایت کی قسم قابل اطلاق سبھی کو نشان زد کریں: اجرت سے متعلق کیڑے مار ادویات بچوں سے مزدوری صحت/تحفظ کام کے حالات رہائش امتیازی سلوک دیگر: _____

B. ES متعلق؟ ہاں نہیں اگر "ہاں" تو جاب آرڈر نمبر: _____
 ملازمت کی خدمت کے خلاف؟ آجر کے خلاف؟ ES ضوابط کی مبینہ خلاف ورزی؟
 ملازمت کے قوانین کی مبینہ خلاف ورزی؟
 MSFW کو NYS لیبر اسٹینڈرڈز یا OSHA کے نافذ کردہ قوانین سے متعلق شکایت؟

C. MSFW؟ ہاں نہیں

D. ریاستی آجر کے باہر؟ ہاں نہیں

E. H-2A/معیار آجر؟ امریکی گھریلو ملازم H-2A ملازم اجرت رہائشی نقل و حمل کھانا دیگر (وضاحت کریں): _____

F. انہیں بھیجا گیا: NYS EO افسر ESA OSHA NYS مانیٹر وکیل NYS لیبر اسٹینڈرڈز دیگر: اگر "دیگر"، تو درج ذیل معلومات درج کریں:

ایجنسی نام: _____ فون: _____ (____)

پتہ: _____ شہر: _____ ریاست: _____ زپ: _____

G. فالو اپ؟ ہاں نہیں اگر "ہاں تو"، ماہانہ سہ ماہی فالو اپ تاریخ: _____
 تبصرے: _____

شکایت وصول کنندہ: _____ خطاب: _____

دفتر: _____ فون: _____ (____)

دستخط: _____ تاریخ: _____

----- صرف ریاستہائے متحدہ ڈیپارٹمنٹ آف لیبر کے عملہ کے لیے -----

مقدمہ نمبر: _____

H.

CRC سے موصول CIF: قبول قبول نہیں

تبصرے: _____

موصول کنندہ: _____ تاریخ: _____

دستخط: _____ تاریخ: _____

مساوی مواقع کا آجر/پروگرام

معاون امداد اور خدمات درخواست پر اور معذور افراد کے لیے مفت دستیاب ہیں۔