

# WE ARE YOUR DOL



Department  
of Labor

## Έντυπο Πληροφοριών Καταγγελίας Πελάτη

Αριθμός καταγγελίας:

**Οδηγίες:** Αν έχετε κάποια καταγγελία, θα πρέπει να συμπληρώσετε το παρόν έντυπο και να το υποβάλετε στο προσωπικό του Κέντρου Σταδιοδρομίας. Αν πρόκειται για καταγγελία περί διακρίσεων, θα πρέπει είτε να υποβάλετε αυτό το έντυπο στον υπάλληλο Ίσων Ευκαιριών του Κέντρου Καριέρας, ή να το στείλετε στη διεύθυνση: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12226.**

Αν χρειάζεται, επισυνάψτε επιπλέον σελίδες και άλλα έγγραφα για την καταγγελία σας.

1. **Καταγγέλλων** (συμπληρώστε τις δικές σας πληροφορίες)

Όνομα \_\_\_\_\_ Πατρώνυμο \_\_\_\_\_ Επώνυμο \_\_\_\_\_

Διεύθυνση \_\_\_\_\_ Πόλη \_\_\_\_\_ Πολιτεία \_\_\_\_\_ Ταχ. κώδικας \_\_\_\_\_

Εναλλακτική διεύθυνση (αν ισχύει) \_\_\_\_\_

Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης (SSN) (Προαιρετικό) \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο οικίας (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Εναλλακτικός αριθμός τηλεφώνου (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Διεύθυνση email \_\_\_\_\_

Ποια είναι η πιο βολική ώρα και μέθοδος για να επικοινωνήσουμε μαζί σας σχετικά με αυτήν την καταγγελία; \_\_\_\_\_

Δίνω τη συγκατάθεσή για γνωστοποίηση πληροφοριών σχετικά με αυτήν την καταγγελία σε (ονόματα μελών της οικογένειας, φίλων κ.λπ. που μπορούν να λάβουν πληροφορίες σχετικά με την καταγγελία σας): \_\_\_\_\_

2. **Καταγγελλόμενος** (συμπληρώστε τις πληροφορίες για το υποκείμενο της καταγγελίας σας)

Φορέας, επιχείρηση ή υπάλληλος εναντίον του οποίου υποβάλετε καταγγελία: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση \_\_\_\_\_ Πόλη \_\_\_\_\_ Πολιτεία \_\_\_\_\_ Ταχ. κώδικας \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2α. Ο καταγγελλόμενος είναι Κέντρο Σταδιοδρομίας;  Ναι  Όχι

Αν ναι, αυτή η καταγγελία αφορά  Κατάρτιση  Εξυπηρέτηση Πελατών  Άλλο \_\_\_\_\_

2β. Ο καταγγελλόμενος είναι επιχείρηση;  Ναι  Όχι Εάν ναι, σας παρέπεμψε σε αυτήν την επιχείρηση προσωπικό του

Κέντρου Σταδιοδρομίας;  Ναι  Όχι Αν «ναι», τότε; \_\_\_\_\_

2γ. Ο καταγγελλόμενος είναι αγροτική επιχείρηση;  Ναι  Όχι

2δ. Τι αφορά η καταγγελία σας (επιλέξτε όλα όσα ισχύουν);

Αμοιβές/απλήρωτες αμοιβές  Παιδική Εργασία  Υγεία και Ασφάλεια  Εργασιακές Συνθήκες  Στέγαση  Μεταφορές

Γεύματα  Φυτοφάρμακα  Άλλο \_\_\_\_\_

2ε. Η καταγγελία σας αφορά διακρίσεις;  Ναι  Όχι

3. Περιγράψτε με συντομία την καταγγελία σας. Να είστε όσο το δυνατό πιο σαφής. Εάν πιστεύετε ότι γίνετε στόχος διακρίσεων,, περιγράψτε λεπτομερώς πώς συνέβη αυτό.

α. Τι συνέβη; \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

β. Ποιος εμπλέκεται; (Μάρτυρες, συνάδελφοι, προϊστάμενοι, κλπ.) Όνομα, διεύθυνση και αριθμός τηλεφώνου, αν γνωρίζετε.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

γ. Πότε και πού συνέβη (συμπεριλάβετε ημερομηνία); \_\_\_\_\_

δ. Αν πιστεύετε ότι σας συμπεριφέρθηκαν διαφορετικά, περιγράψτε τον τρόπο. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Σας πρόσφεραν υπηρεσίες απασχόλησης;  Ναι  Όχι

5. Πώς θα θέλατε να επιλυθεί αυτή η καταγγελία; \_\_\_\_\_

Αν το παρόν αποτελεί αποτελεί καταγγελία για διακρίσεις, συμπληρώστε τα σημεία 6-10. Αν δεν πρόκειται για καταγγελία για διακρίσεις, πηγαίστε στον αριθμό 11.

6. Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Φυλή (προσδιορίστε) _____                                    | <input type="checkbox"/> Χρώμα (προσδιορίστε) _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Θρήσκευμα (προσδιορίστε) _____                               | <input type="checkbox"/> Εθνική καταγωγή (προσδιορίστε) _____                         |
| Φύλο <input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα                 | <input type="checkbox"/> Μητρώο συλλήψεων & καταδικών (προσδιορίστε) _____            |
| <input type="checkbox"/> Αναπηρία (προσδιορίστε) _____                                | <input type="checkbox"/> Οικογενειακή κατάσταση (προσδιορίστε) _____                  |
| <input type="checkbox"/> Υπηκοότητα (προσδιορίστε) _____                              | <input type="checkbox"/> Κατάσταση γενετικής προδιάθεσης & φορέα (προσδιορίστε) _____ |
| <input type="checkbox"/> Σεξουαλική παρενόχληση _____                                 | <input type="checkbox"/> Κατάσταση βετεράνου (προσδιορίστε) _____                     |
| <input type="checkbox"/> Ηλικία (προσδιορίστε ημερομηνία γέννησης) ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Σεξουαλικός προσανατολισμός _____                            |
| <input type="checkbox"/> Πολιτικές πεποιθήσεις (προσδιορίστε) _____                   | <input type="checkbox"/> Θύμα ενδοοικογενειακής βίας _____                            |
| <input type="checkbox"/> Αντίποινα (προσδιορίστε) _____                               | <input type="checkbox"/> Άλλο (προσδιορίστε) _____                                    |

7. Γιατί πιστεύετε ότι έγιναν αυτά τα περιστατικά; \_\_\_\_\_

8. Έχετε κάποιο δικηγόρο ή άλλον εκπρόσωπο για αυτήν την καταγγελία;  Ναι  Όχι Αν «ναι, συμπληρώστε τις παρακάτω πληροφορίες:

Όνομα \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Διεύθυνση \_\_\_\_\_ Πόλη \_\_\_\_\_ Πολιτεία \_\_\_\_ Ταχ. κώδικας \_\_\_\_\_

9. Έχετε υποβάλει υπόθεση ή καταγγελία για αυτό το περιστατικό με κάποιο από τα παρακάτω;

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Υπουργείο Δικαιοσύνης των ΗΠΑ, Τμήμα Πολιτικών Δικαιωμάτων | <input type="checkbox"/> Υπουργείο Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, Τμήμα Ανάπτυξης Ίσων Ευκαιριών |
| <input type="checkbox"/> Επιτροπή Ίσων Ευκαιριών Απασχόλησης (EEOC) των ΗΠΑ         | <input type="checkbox"/> Τμήμα Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Πολιτείας της Νέας Υόρκης                       |
| <input type="checkbox"/> Υπουργείο Εργασίας ΗΠΑ, Κέντρο Πολιτικών Δικαιωμάτων       | <input type="checkbox"/> Ομοσπονδιακό ή Πολιτειακό Δικαστήριο   |
| <input type="checkbox"/> Άλλο _____   |   |

10. Για κάθε φορέα που επιλέξατε στο σημείο 9, συμπληρώστε τις παρακάτω πληροφορίες:

Φορέας _____ Ημερομηνία υποβολής ____ / ____ / ____	Φορέας _____ Ημερομηνία υποβολής ____ / ____ / ____
Αρ. υπόθεσης ή μητρώου _____	Αρ. υπόθεσης ή μητρώου _____
Ημερομηνία δίκης ή ακρόασης _____	Ημερομηνία δίκης ή ακρόασης _____
Τοποθεσία φορέα ή δικαστηρίου _____	Τοποθεσία φορέα ή δικαστηρίου _____
Όνομα ερευνητή _____	Όνομα ερευνητή _____
Κατάσταση υπόθεσης _____	Κατάσταση υπόθεσης _____
Σχόλια _____	Σχόλια _____

11. Βεβαιώνω ότι, εξ όσων είμαι σε θέση να γνωρίζω, οι πληροφορίες που δίνω στο παρόν είναι αληθείς και ακριβείς. Εξουσιοδοτώ την γνωστοποίηση αυτών των πληροφοριών στις αρχές επιβολής για τη σωστή διερεύνηση της καταγγελίας μου. Κατανόω ότι η ταυτότητά μου θα παραμείνει εμπιστευτική στο μέγιστο δυνατό βαθμό σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και τη δίκαιη απόφαση σε σχέση με την καταγγελία μου.

Υπογραφή καταγγέλλοντα

Ημερομηνία

Προσωπικό που λαμβάνει την καταγγελία \_\_\_\_\_  
(Όνομα ολογράφως σε κεφαλαία)

Υπογραφή \_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Κέντρο Σταδιοδρομίας \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_