

WE ARE YOUR DOL



Форма клиентской жалобы

Номер жалобы:

Инструкции: если у вас возникла жалоба, заполните эту форму и передайте ее представителям Карьерного центра. Если это жалоба о дискриминации, необходимо передать эту форму сотруднику Отдела равных возможностей Карьерного центра или отправить ее по адресу: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12226**. При необходимости приложите дополнительные страницы или другие документы, связанные с вашей жалобой.

1. Податель жалобы (укажите свои данные)

Имя _____ Инициал второго имени _____ Фамилия _____

Адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Второй адрес (если он есть) _____

Номер SSN (по желанию) _____ Номер телефона (_____) _____ Дополнительный номер телефона (_____) _____

Адрес электронной почты _____

Укажите самые удобные для вас время и способ связи для обсуждения вашей жалобы _____

Я даю согласие на предоставление информации по поводу этой жалобы следующим лицам: (укажите имена членов семьи, друзей и т. д., которые могут получить информацию по поводу вашей жалобы): _____

2. Ответчик (укажите информацию о субъекте вашей жалобы)

Агентство, предприятие или сотрудник, на которого вы подаете жалобу: _____

Адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Телефон (_____) _____

2a. Ваш ответчик – Карьерный центр? Да Нет

Если да, касается ли эта жалоба обучения обслуживания клиентов другого _____

2b. Ваш ответчик – компания? Да Нет

Если да, направили ли вас в эту компанию представители Карьерного центра?

Да Нет Если да, когда? _____

2c. Ваш ответчик – ферма? Да Нет

2d. В чем заключается ваша жалоба? Отметьте все применимые варианты.

Зарплата / невыплата зарплаты Эксплуатация детского труда Охрана и безопасность труда

Условия работы Жилье Транспорт Питание Пестициды Другое _____

2e. Связана ли ваша жалоба с дискриминацией? Да Нет

3. Вкратце опишите свою жалобу. Изложите свою позицию максимально понятно. Если вы считаете, что оказались жертвой дискриминации, подробно опишите, как это произошло.

a. Что произошло? _____

b. Кто причастен к инциденту? (Свидетели, сотрудники, руководители и т. д.) Укажите их имена и фамилии, адреса и телефонные номера, если вы их знаете. _____

c. Где и когда это произошло? Укажите дату _____

d. Если вы считаете, что к вам отнеслись иначе, чем к другим, опишите, в чем это заключалось. _____

4. Вам предложили услуги по трудоустройству? Да Нет

5. Как бы вы хотели решить сложившуюся ситуацию? _____

Если это жалоба о дискриминации, заполните пункты 6–10. Если это не жалоба о дискриминации, перейдите к пункту 11.

6. Отметьте все подходящие пункты.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Раса (укажите) _____ | <input type="checkbox"/> Цвет кожи (укажите) _____ |
| <input type="checkbox"/> Религиозная принадлежность (укажите) _____ | <input type="checkbox"/> Национальность (укажите) _____ |
| Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский | <input type="checkbox"/> Арест или судимость (укажите) _____ |
| <input type="checkbox"/> Инвалидность (укажите) _____ | <input type="checkbox"/> Семейное положение (укажите) _____ |
| <input type="checkbox"/> Гражданство (укажите) _____ | <input type="checkbox"/> Генетическая предрасположенность к определенным заболеваниям и статус носителя (укажите) _____ |
| <input type="checkbox"/> Сексуальное домогательство _____ | <input type="checkbox"/> Статус ветерана (укажите) _____ |
| <input type="checkbox"/> Возраст (укажите дату рождения) ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Сексуальная ориентация _____ |
| <input type="checkbox"/> Политические убеждения (укажите) _____ | <input type="checkbox"/> Жертва бытового насилия _____ |
| <input type="checkbox"/> Возмездие/месть _____ | <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____ |

7. Как вы считаете, почему это произошло? _____

8. Есть ли у вас адвокат или другой представитель для рассмотрения этой жалобы?

Да Нет Если вы ответили «Да», заполните следующие поля:

Имя и фамилия _____ Телефон (____) _____
Адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

9. Подавали ли вы жалобу об этом инциденте в какое-либо из этих ведомств?

- Министерство юстиции США, отдел по гражданским правам
- Департамент труда штата Нью-Йорк, Отдел развития равных возможностей
- Комиссию по равноправию при трудоустройстве США
- Управление по правам человека штата Нью-Йорк
- Департамент труда США, центр гражданских прав
- Федеральный суд или суд штата
- Другое _____

10. Укажите следующую информацию для каждого ведомства, отмеченного вами в пункте 9:

Ведомство _____	Ведомство _____
Дата обращения ____ / ____ / ____	Дата обращения ____ / ____ / ____
Номер дела _____	Номер дела _____
Дата судебного заседания или слушания _____	Дата судебного заседания или слушания _____
Местонахождение ведомства или суда _____	Местонахождение ведомства или суда _____
Имя и фамилия следователя _____	Имя и фамилия следователя _____
Статус дела _____	Статус дела _____
Комментарии _____	Комментарии _____

11. Я подтверждаю, что, согласно имеющимся у меня сведениям, вышеуказанная информация является достоверной и точной. Я даю свое разрешение на разглашение этой информации правоохранительным органам для надлежащего рассмотрения моей жалобы. Я понимаю, что в ходе рассмотрения жалобы для соблюдения моей конфиденциальности будут приняты все возможные меры в соответствии с действующими законами.

_____ Дата

Подпись подателя жалобы

Сотрудник, принимающий жалобу _____ Дата

(Имя и фамилия печатными буквами)

Подпись

Дата

Карьерный центр _____ Телефон (____) _____