

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

Formularz informacyjny dot. zażalenia klienta

Numer zażalenia:

Instrukcje: W przypadku potrzeby złożenia zażalenia, prosimy o wypełnienie niniejszego formularza i przekazanie go personelowi Centrum Kariery. Jeśli zażalenie dotyczy dyskryminacji, należy przekazać ten formularz Dyrektorowi ds. równouprawnienia Centrum Kariery lub wysłać go na adres: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12226.** W razie konieczności, proszę dołączyć dodatkowe strony oraz dokumenty dotyczące zażalenia.

1. Osoba składająca zażalenie (wypełnić swoimi informacjami)

Imię _____ Inicjały drugiego imienia _____ Nazwisko _____

Adres _____ Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Adres alternatywny (jeśli ma zastosowanie) _____

SSN (opcjonalnie) _____ Nr telefonu domowego (_____) _____ Alternatywny nr telefonu (_____) _____

Adres e-mail _____

Jaka jest najbardziej dogodna pora i metoda kontaktu w sprawie tego zażalenia? _____

Wyrażam zgodę na udostępnianie informacji dotyczących tego zażalenia: (wymienić nazwisko(-a) członków rodziny, przyjaciół itd., którzy mogą uzyskać informacje dotyczące zażalenia) _____

2. Respondent (wypełnić informacjami dot. podmiotu zażalenia)

Instytucja, firma lub pracownik, którego dotyczy zażalenie: _____

Adres _____ Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Nr telefonu (_____) _____

2a. Czy respondentem jest Centrum Kariery? Tak Nie

Jeśli tak, czy zażalenie dotyczy Szkolenia Obsługi klienta Inne _____

2b. Czy respondentem jest firma? Tak Nie

Jeśli tak, czy został(a) Pan(i) skierowany(-a) do tej firmy przez personel Centrum Kariery?

Tak Nie Jeśli tak, kiedy? _____

2c. Czy respondentem jest gospodarstwo rolne? Tak Nie

2d. Czego dotyczy zażalenie (zaznaczyć wszystkie opcje, które mają zastosowanie)?

Wynagrodzenie / zaległe wynagrodzenie Praca dzieci BHP Warunki pracy Zakwaterowanie Transport

Posiłki Pestycydy Inne _____

2e. Czy zażalenie dotyczy dyskryminacji? Tak Nie

3. Proszę w skrócie opisać zażalenie. Należy podawać konkretne informacje. W przypadku przekonania o doświadczeniu dyskryminacji należy szczegółowo opisać sytuację.

a. Opis zdarzenia. _____

b. Osoby biorące udział. (Świadkowie, współpracownicy, przełożeni itd.). Podać nazwisko, adres i nr telefonu, jeśli są znane.

c. Czas i miejsce zdarzenia (podać datę). _____

d. W przypadku innego traktowania, opisać na czym polegało. _____

4. Czy otrzymał(a) Pan(i) usługi zatrudnienia? Tak Nie

5. W jaki sposób chciał(a)by Pan(i) rozwiązać to zażalenie? _____

Jeśli zażalenie dotyczy dyskryminacji, wypełnić punkty 6-10. Jeśli zażalenie nie dotyczy dyskryminacji, wypełnić punkt 11.

6. Zaznaczyć wszystkie opcje, które mają zastosowanie.

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rasa (określić) _____ | <input type="checkbox"/> Kolor skóry (określić) _____ |
| <input type="checkbox"/> Religia (określić) _____ | <input type="checkbox"/> Pochodzenie narodowe (określić) _____ |
| Płeć <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta | <input type="checkbox"/> Aresztowanie, wyroki sądowe (określić) _____ |
| <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność (określić) _____ | <input type="checkbox"/> Stan cywilny (określić) _____ |
| <input type="checkbox"/> Obywatelstwo (określić) _____ | <input type="checkbox"/> Predyspozycje genetyczne i status zawodowy (określić) _____ |
| <input type="checkbox"/> Molestowanie seksualne _____ | <input type="checkbox"/> Status weterana (określić) _____ |
| <input type="checkbox"/> Wiek (podać datę urodzenia) ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Orientacja seksualna _____ |
| <input type="checkbox"/> Przynależność polityczna (określić) _____ | <input type="checkbox"/> Status ofiary przemocy domowej _____ |
| <input type="checkbox"/> Odwet (określić) _____ | <input type="checkbox"/> Inne (określić) _____ |

7. Dlaczego Pana(-i) zdaniem doszło do tej sytuacji? _____

8. Czy korzysta Pan(i) z usług adwokata lub innego przedstawiciela w sprawie tego zażalenia?

Tak Nie Jeśli „Tak”, wypełnić poniższe informacje:

Imię i nazwisko _____ Nr telefonu (____) _____

Adres _____ Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

9. Czy założył(a) Pan(i) sprawę lub złożył(a) zażalenie w dowolnej z poniższych instytucji?

- Amerykański Departament Sprawiedliwości, Wydział Praw Obywatelskich
- Wydział Pracy NYS, Wydział ds. Wspierania Równouprawnienia
- Amerykańska Komisja ds. Równouprawnienia podczas Zatrudnienia
- Wydział Praw Człowieka NYS
- Amerykański Departament Pracy, Centrum Praw Obywatelskich
- Sąd federalny lub stanowy
- Inne _____

10. W odniesieniu do każdej instytucji zaznaczonej w pkt. 9, wypełnić poniższe informacje:

Instytucja _____ Data złożenia ____ / ____ / ____	Instytucja _____ Data złożenia ____ / ____ / ____
Nr sprawy lub wokandy _____	Nr sprawy lub wokandy _____
Data procesu lub przesłuchania _____	Data procesu lub przesłuchania _____
Lokalizacja instytucji lub sądu _____	Lokalizacja instytucji lub sądu _____
Nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie _____	Nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie _____
Status sprawy _____	Status sprawy _____
Uwagi _____	Uwagi _____

11. Potwierdzam, że informacje, które podałem(-am) powyżej są prawdziwe i dokładne zgodnie z moją wiedzą. Upoważniam organy porządku publicznego do ujawnienia tych informacji w celu przeprowadzenia właściwego dochodzenia w sprawie mojego zażalenia. Rozumiem, że moja tożsamość będzie poufna w maksymalnym możliwym zakresie, zgodnie z obowiązującym prawem i uczciwym rozpatrzeniem mojego zażalenia.

Podpis osoby składającej zażalenie

Data

Personel odbierający zażalenie _____
(Imię i nazwisko drukowanymi literami)

Podpis

Data

Centrum Kariery _____

Nr telefonu (____) _____