

WE ARE YOUR DOL



ग्राहक शिकायत सूचना फ़ॉर्म

शिकायत संख्या:

निर्देश: अगर आपकी कोई शिकायत है, तो कृपया इस फ़ॉर्म को पूरा भरें और इसे करियर सेंटर के कर्मचारियों को जमा करें। अगर यह शिकायत भेदभाव के बारे में है, तो आपको या तो यह फ़ॉर्म करियर सेंटर समान अवसर अधिकारी को जमा करना होगा या इस पते पर भेजना होगा: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12226.** ज़रूरी होने पर, अपने दावे के बारे में अतिरिक्त पेज और कोई दस्तावेज़ अटैच करें।

1. शिकायतकर्ता (अपनी जानकारी भरें)

प्रथम नाम _____ मध्य _____ अंतिम नाम _____

पता _____ शहर _____ राज्य _____ ज़िप कोड _____

वैकल्पिक पता (अगर लागू है) _____

SSN (वैकल्पिक) _____ घर का टेलीफ़ोन नंबर () _____ वैकल्पिक टेलीफ़ोन नंबर () _____

ईमेल पता _____

इस शिकायत के बारे में आपसे संपर्क करने का सबसे सुविधाजनक समय और तरीका क्या है? _____

मैं इस शिकायत के बारे में जानकारी साझा करने के लिए अपनी सहमति देता हूँ (परिवार के सदस्यों, दोस्तों आदि के नाम सूचीबद्ध करें जो आपकी शिकायत के बारे में जानकारी हासिल कर सकते हैं): _____

2. उत्तरदाता (अपनी शिकायत से जुड़े विषय के लिए जानकारी भरें)

जिस एजेंसी, बिज़नेस या कर्मचारी के खिलाफ़ आप शिकायत कर रहे हैं: _____

पता _____ शहर _____ राज्य _____ ज़िप कोड _____

टेलीफ़ोन () _____

2a. क्या उत्तरदाता एक करियर सेंटर है? हां नहीं

अगर हां, तो क्या यह शिकायत प्रशिक्षण ग्राहक सेवा अन्य से संबंधित है _____

2b. क्या उत्तरदाता एक बिज़नेस है? हां नहीं

अगर हां, तो क्या आपको करियर सेंटर के कर्मचारियों ने इस बिज़नेस के बारे में बताया था? हां नहीं अगर हां, तो कब? _____

2c. क्या उत्तरदाता एक फ़ार्म है? हां नहीं

2d. आपकी शिकायत किस बारे में है (लागू होने वाली सभी बातों पर सही का निशान बनाएं)?

मज़दूरी/बकाया मज़दूरी बाल मज़दूरी स्वास्थ्य और सुरक्षा काम करने की शर्तें आवास परिवहन

भोजन कीटनाशक दवाएं अन्य _____

2e. क्या आपकी शिकायत भेदभाव के बारे में है? हां नहीं

3. अपनी शिकायत के बारे में सक्षेप में बताएं। जितना हो सके, स्पष्ट रहें। अगर आपको लगता है कि आपके साथ भेदभाव किया गया था, तो कृपया खुलकर बताएं कि यह कैसे हुआ।

a. क्या हुआ था? _____

b. कौन शामिल था? (गवाह, साथी कर्मचारी, सुपरवाइज़र आदि) अगर मालूम है, तो नाम, पता और टेलीफ़ोन नंबर दें।

c. यह कब और कहां हुआ (तारीख शामिल करें)? _____

d. अगर आपको लगता है कि आपके साथ अलग बर्ताव किया गया था, तो बताएं कि कैसे। _____

4. क्या आपको रोजगार से जुड़ी सेवाएं मुहैया कराई गई थी? हां नहीं

5. आप इस शिकायत का समाधान कैसे करना चाहेंगे? _____

अगर यह शिकायत भेदभाव के बारे में है, तो क्रम संख्या 6-10 भरें। अगर यह शिकायत भेदभाव के बारे में नहीं है, तो क्रम संख्या 11 पर जाएं।

6. लागू होने वाली सभी बातों पर सही का निशान बनाएं।

जाति (उल्लेख करें) _____

रंग (उल्लेख करें) _____

धर्म (उल्लेख करें) _____

राष्ट्रीय मूल (उल्लेख करें) _____

लिंग पुरुष महिला

गिरफ्तारी और सजा का रिकॉर्ड (उल्लेख करें) _____

विकलांगता (उल्लेख करें) _____

वैवाहिक स्थिति (उल्लेख करें) _____

नागरिकता (उल्लेख करें) _____

आनुवंशिक प्रवृत्ति और वाहक स्थिति (उल्लेख करें) _____

यौन उत्पीड़न _____

अनुभवी दर्जे की स्थिति (उल्लेख करें) _____

उम्र (जन्मतिथि का उल्लेख करें) _____ / _____ / _____

यौन अभिविन्यास _____

राजनीतिक जुड़ाव (उल्लेख करें) _____

घरेलू हिंसा से पीड़ित _____

प्रतिशोध/बदला (उल्लेख करें) _____

अन्य (उल्लेख करें) _____

7. आपको ऐसा क्यों लगता है कि ये चीजें क्यों हुईं? _____

8. क्या आपके पास इस शिकायत को देखने के लिए कोई वकील या दूसरा प्रतिनिधि है? हां नहीं अगर "हां," तो कृपया ये चीजें भरें:

नाम _____ टेलीफ़ोन (_____) _____

पता _____ शहर _____ राज्य _____ ज़िप कोड _____

9. क्या आपने इनमें से किसी के साथ इस घटना के बारे में कोई मामला या शिकायत दर्ज की है?

अमेरिकी न्याय विभाग, नागरिक अधिकार प्रभाग

NYS श्रम विभाग, समान अवसर विकास विभाग

समान रोजगार अवसर आयोग, अमेरिका

NYS मानव अधिकार विभाग

अमेरिकी श्रम विभाग, नागरिक अधिकार केंद्र

संघीय या राज्य न्यायालय

अन्य _____

10. कृपया क्रम संख्या 9 में सूचीबद्ध हर एक एजेंसी के लिए ये जानकारी दर्ज करें:

एजेंसी _____ दाखिल करने की तारीख _____ / _____ / _____

एजेंसी _____ दाखिल करने की तारीख _____ / _____ / _____

केस या डॉकेट नंबर _____

केस या डॉकेट नंबर _____

ट्रायल या सुनवाई की तारीख _____

ट्रायल या सुनवाई की तारीख _____

एजेंसी या अदालत की लोकेशन _____

एजेंसी या अदालत की लोकेशन _____

जांचकर्ता का नाम _____

जांचकर्ता का नाम _____

केस की स्थिति _____

केस की स्थिति _____

टिप्पणियां _____

टिप्पणियां _____

11. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सत्य और सटीक है। मैं अपनी शिकायत की उचित जांच के लिए प्रवर्तन एजेंसियों को इस जानकारी का खुलासा करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरी पहचान लागू कानून और मेरी शिकायत के निष्पक्ष निर्धारण के अनुरूप अधिकतम संभव सीमा तक गोपनीय रखी जाएगी।

शिकायतकर्ता का हस्ताक्षर

तारीख

शिकायत प्राप्त करने वाले कर्मचारी _____
(नाम प्रिंट करें)

हस्ताक्षर _____ तारीख _____

करियर सेंटर _____

टेलीफ़ोन (_____) _____

समान अवसर नियोक्ता/कार्यक्रम