

Modulo di informazioni sul reclamo del cliente

Numero di reclamo:

Istruzioni: Se deve sporgere un reclamo, compili questo modulo e lo consegni al personale del Centro per l'impiego. Se il reclamo riguarda una discriminazione, il modulo andrà presentato al funzionario per le pari opportunità del Centro per l'impiego o spedito a: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12226**. Se necessario, utilizzi altri fogli e alleggi la documentazione riguardante il reclamo.

1. Reclamante (inserisca i **suoi** dati)

Nome _____ Iniz. 2° nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ Città _____ Stato _____ Cod. postale _____

Indirizzo alternativo (se applicabile) _____

SSN (facoltativo) _____ Tel. abitazione (____) _____ Tel. alternativo (____) _____

Indirizzo e-mail _____

Qual è l'orario e il metodo più pratico per contattarla riguardo a questo reclamo? _____

Autorizzo la divulgazione di informazioni riguardanti questo reclamo a: (elenchi i nomi di familiari, amici etc. che potranno ricevere informazioni riguardanti il reclamo) _____

2. Convenuto (fornisca i dati del soggetto chiamato in causa nel suo reclamo)

Agenzia, azienda o dipendente contro cui presenta il reclamo: _____

Indirizzo _____ Città _____ Stato _____ Cod. postale _____

Telefono (____) _____

2a. Il convenuto è un Centro per l'impiego? Sì No

Se Sì, il reclamo riguarda Formazione Servizio clienti Altro _____

2b. Il convenuto è un'azienda? Sì No

Se Sì, è stato/a indirizzato/a a questa azienda dal personale del Centro per l'impiego?

Sì No Se Sì, quando? _____

2c. Il convenuto è un'azienda agricola? Sì No

2d. Qual è la natura del reclamo (spunti tutte le caselle pertinenti)?

Salario/stipendi non pagati Lavoro minorile Igiene e sicurezza Condizioni di lavoro Alloggio Trasporti

Pasti Pesticidi Altro _____

2e. Il reclamo riguarda una discriminazione? Sì No

3. Fornisca una breve descrizione del reclamo che sia quanto più chiara possibile. Se ritiene di essere stato/a oggetto di discriminazione, descriva in dettaglio quanto accaduto.

a. Cos'è accaduto? _____

b. Chi era presente? (Testimoni, colleghi di lavoro, supervisori, etc.) Fornisca nome e cognome, indirizzo e numero telefonico, se conosciuti. _____

c. Quando e dove è accaduto (includa la data)? _____

d. Se ritiene di aver ricevuto un trattamento diverso, descriva come. _____

4. Le sono stati offerti servizi per l'impiego? Sì No

5. Come vorrebbe che venisse risolto questo reclamo? _____

Se il reclamo è per una discriminazione, compili i campi dal punto 6 al punto 10. Se non è per una discriminazione, vada al punto 11.

6. Spunti tutte le caselle pertinenti.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Razza (specifici) _____ | <input type="checkbox"/> Colore della pelle (specifici) _____ |
| <input type="checkbox"/> Religione (specifici) _____ | <input type="checkbox"/> Nazionalità (specifici) _____ |
| Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina | <input type="checkbox"/> Verbale di arresto o condanna (specifici) _____ |
| <input type="checkbox"/> Disabilità (specifici) _____ | <input type="checkbox"/> Stato civile (specifici) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cittadinanza (specifici) _____ | <input type="checkbox"/> Predisposizione genetica e cond. di portatore (specifici) _____ |
|
 |
 |
| <input type="checkbox"/> Molestie sessuali _____ | <input type="checkbox"/> Condizione di veterano (specifici) _____ |
| <input type="checkbox"/> Età (specifici la data di nascita) ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Orientamento sessuale _____ |
| <input type="checkbox"/> Affiliazione politica (specifici) _____ | <input type="checkbox"/> Vittima di violenza domestica _____ |
| <input type="checkbox"/> Rivalsa/ritorsione (specifici) _____ | <input type="checkbox"/> Altro (specifici) _____ |

7. Perché ritiene che siano accaduti questi eventi? _____

8. Ha un avvocato o un altro rappresentante per questo reclamo? Sì No Se "Sì", compili i seguenti campi:
Nome e cognome _____ Tel. (____) _____
Indirizzo _____ Città _____ Stato _____ Cod. postale _____

9. Ha sottoposto il caso o il reclamo su questo episodio a una delle seguenti agenzie?
 Dip. federale di Giustizia, Div. per i diritti civili
 Dip. del Lavoro dello Stato di New York, Div. per lo sviluppo delle pari opportunità
 Comm. federale per le pari opportunità di impiego
 Div. per i diritti umani dello Stato di New York
 Dip. federale del Lavoro, Centro per i diritti civili
 Corte federale o statale
 Altro _____

10. Per ciascuna agenzia selezionata al punto 9, fornisca le seguenti informazioni:

Agenzia _____ Data present. ____ / ____ / ____	Agenzia _____ Data present. ____ / ____ / ____
N. caso o fascicolo _____	N. caso o fascicolo _____
Data di processo o udienza _____	Data di processo o udienza _____
Sede dell'agenzia o della corte _____	Sede dell'agenzia o della corte _____
Nome dell'investigatore _____	Nome dell'investigatore _____
Stato del caso _____	Stato del caso _____
Commenti _____	Commenti _____
_____	_____

11. Certifico che le informazioni fornite sopra sono veritiere e accurate sulla base delle informazioni in mio possesso. Autorizzo la divulgazione di queste informazioni alle autorità preposte per l'indagine appropriata sul mio reclamo. Sono a conoscenza che la mia identità sarà tenuta per quanto possibile riservata, compatibilmente con le leggi in materia e con una equa risoluzione del mio reclamo.

_____ Firma del/la reclamante _____ Data _____

Ufficiale che raccoglie il reclamo _____ (Nome in stampatello) _____ Firma _____ Data _____

Centro per l'impiego _____ Telefono (____) _____