

WE ARE YOUR DOL



お客様からの苦情受付フォーム

苦情番号：

指示：苦情がある場合、このフォームに記入してキャリアセンターの職員に提出してください。それが差別に関する苦情である場合は、このフォームをキャリアセンターの機会均等担当者に提出するか、以下に送付する必要があります：**New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12226.**

必要に応じて、苦情に関する追加のページと文書を添付してください。

1. 苦情申立人（自分の情報を記入）

名 _____ ミドル _____ 姓 _____

住所 _____ 市区町村 _____ 州 _____ 郵便番号 _____

別の住所（ある場合） _____

SSN（任意） _____ 自宅の電話（ _____ ） 代替の電話番号（ _____ ）

E メールアドレス _____

この苦情について連絡するのに最も都合の良い時間と方法を教えてください。 _____

この苦情に関する情報を（苦情に関する情報を受け取ることができる家族、友人などの名前を挙げる）に共有することに同意します。 _____

2. 回答者（あなたの苦情の対象者の情報を記入）

苦情を申し立てる機関・事業所・従業員： _____

住所 _____ 市区町村 _____ 州 _____ 郵便番号 _____

電話（ _____ ） _____

2a.回答者はキャリアセンターですか？ はい いいえ

「はい」の場合、これは 研修 カスタマーサービス その他に関する苦情ですか _____

2b.回答者は事業者ですか？ はい いいえ 「はい」の場合、キャリアセンターの職員からこの事業者を紹介されましたか？

はい いいえ 「はい」の場合、いつですか？ _____

2c.回答者は農場ですか？ はい いいえ

2d.あなたの苦情は何に関することですか（あてはまるものを全部チェック）？

賃金/未払い賃金 児童労働 健康と安全 職場の環境 住宅 移動手段

食事 殺虫剤 その他 _____

2e.あなたの苦情は差別に関することですか？ はい いいえ

3. あなたの苦情について手短かに説明してください。可能な限り明確に記入してください。自分が差別されていると思う場合、何が起こったのかを詳細に説明してください。

a. 何が起きたのですか？ _____

b. 誰が関係していますか？（目撃した人、同僚、上司など）分かっている場合は、氏名、住所と電話番号を記入してください。

c. いつ、どこでそれが起きたのですか（日付を記入）？ _____

d. 自分が異なる扱いを受けたと思う場合、どのような扱いを受けたか説明してください。

4. 雇用サービスの提供を受けましたか？ はい いいえ

5. この苦情をどのように解決されたいですか？ _____

これが差別的苦情の場合、6～10の番号を記入してください。これが差別に関する苦情ではない場合、11番へ移動してください。

6. 該当するものをすべてチェックしてください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 人種 (具体的に) _____ | <input type="checkbox"/> 肌の色 (具体的に) _____ |
| <input type="checkbox"/> 宗教 (具体的に) _____ | <input type="checkbox"/> 出身国 (具体的に) _____ |
| 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 逮捕および前科の記録 (具体的に) _____ |
| <input type="checkbox"/> 障害 (具体的に) _____ | <input type="checkbox"/> 配偶者の有無 (具体的に) _____ |
| <input type="checkbox"/> 市民権 (具体的に) _____ | <input type="checkbox"/> 遺伝的素因と保因者であるか (具体的に) _____ |
| <input type="checkbox"/> セクシャルハラスメント _____ | <input type="checkbox"/> 兵役経験の有無 (具体的に) _____ |
| <input type="checkbox"/> 年齢 (生年月日を具体的に記入) ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> 性的指向 _____ |
| <input type="checkbox"/> 所属政党 (具体的に) _____ | <input type="checkbox"/> 家庭内暴力の被害者 _____ |
| <input type="checkbox"/> 仕返し/報復 (具体的に) _____ | <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) _____ |

7. こうした出来事が起きたとあなたが思うのはなぜですか？ _____

8. この苦情に関してあなたには弁護士または他の代理人がいますか？ はい いいえ 「はい」の場合、次について記載してください：

氏名 _____ 電話 (_____)
住所 _____ 市区町村 _____ 州 _____ 郵便番号 _____

9. 今回の事例に関して、以下のいずれかに事例や苦情を申し立てたことがありますか？

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> US Dept. of Justice, Civil Rights Division (米国司法省公民権部) | <input type="checkbox"/> NYS Dept. of Labor, Division of Equal Opportunity Development (ニューヨーク州労働局機会均等開発課) |
| <input type="checkbox"/> US Equal Employment Opportunity Commission (米国雇用機会均等委員会) | <input type="checkbox"/> NYS Division of Human rights (ニューヨーク州人権課) |
| <input type="checkbox"/> US Dept. of Labor, Civil Rights Center (米国労働局公民権センター) | <input type="checkbox"/> 連邦または州裁判所 |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

10. 9番でチェックした各機関について、以下の情報を記入してください：

機関 _____ 提出日 ____ / ____ / ____	機関 _____ 提出日 ____ / ____ / ____
事例または事件整理番号 _____	事例または事件整理番号 _____
公判日または聴聞日 _____	公判日または聴聞日 _____
機関または裁判所の所在地 _____	機関または裁判所の所在地 _____
調査員の氏名 _____	調査員の氏名 _____
事例の状況 _____	事例の状況 _____
コメント _____	コメント _____

11. 私は、上記に提供された情報が真実であり、私の知る限り正確に述べられていることを証明します。私は、私の苦情を適切に調査するために、この情報を執行機関に開示することを許可します。私の身元は、適用される法律と私の苦情の公正な決定に沿って、可能な限り秘密にされることを理解しています。

_____ 苦情申立人の署名

_____ 日付

苦情を受けた職員 _____
(氏名を活字体で記入)

_____ 署名 _____ 日付

キャリアセンター _____ 電話 (_____)

機会均等雇用主プログラム