

Formulari i Ankesës, përfshirë ankesat ndaj diskriminimit

Përdorni këtë formular për të paraqitur një ankesë, përfshirë ankesa ndaj diskriminimit, pranë Sektorit të Zhvillimit të Mundësisë së Barabartë. Ankesa mund të jetë ndaj: një punëdhënësi publik ose privat, punonjësi, kompanie ose agjencie, përfshirë Departamentin e Punës të Shtetit të Nju Jorkut ose individëve apo njësisve të tjera

Emri dhe informacioni juaj do të mbahet konfidencial deri në masën më të plotë të ligjit.

Për më shumë informacion shkoni tek: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> ose telefononi: (518) 457-9000 ose (888) 469-7365. Telefononi (800) 662-1220 for TTY/TTD. Njerëzit me pa-aftësi mund të përdorin shërbimet e Kalimit të Shtetit të Nju Jorkut. Në NYC, telefononi 211; në të gjitha pjesët e tjera të Shtetit, telefononi 711.

Udhëzime: Duhet të paraqisni ankesën tuaj ndaj marrësve të Ligjit mbi Mundësitë e Inovacionit në Forcën e Punës (WIOA) brenda 180 ditëve nga kur ndodhi incidenti. Ligji mbi të Drejtat e Njeriut, megjithatë, deklaron se një ankesë mund të paraqitet brenda një viti të plotë nga data që ka ndodhur.”

- Për të gjitha ankesat, ju lutemi plotësoni numrat 1 deri në 7 dhe numrin 13.
- Nëse mendoni se jeni diskriminuar, ju lutemi plotësoni numrin 1 deri në 13.
- Dërgoni me postë formularin e mbushur dhe të nënshkruar dhe çdo dokument mbështetës në adresën e mësipërme.

Vini re: Personi që bën ankesën ose përfaqësuesi i tyre (shihni numrin 10) duhet të nënshkruajë dhe të vendosë datën në numrin 13.

- Nëse nevojitet, personi që trajton ankesën tuaj do t'ju ndihmojë të plotësoni këtë formular.

1. Informacioni i ankuesit (personi që bën ankesën):

Emri: _____ Iniciali i mesit: ____ Mbiemri: _____

Adresa: _____

Qyteti: _____ Shteti: ____ Kodi postar: _____

Numri i Sigurimeve Sociale: ____ - ____ - ____ Telefoni në shtëpi: (____) _____ Telefoni në punë: (____) _____

Adresa e emailit: _____

A jeni një punonjës i Departamentit të Punës të Shtetit të Nju Jorkut? Po Jo

2. Informacioni i të paditurit (agjencia, punëdhënësi ose punonjësi për të cilin po ankoheni):

Emri: _____

Adresa: _____

Qyteti: _____ Shteti: ____ Kodi postar: _____

Telefoni: (____) _____

3. Cila është koha më e leverdisshme që ne t'ju kontaktojmë për këtë ankesë? _____ Paradite Pasdite

4a – 4d. Përshkruani shkurtimisht ankesën tuaj. Jini sa më të qartë që të jetë e mundur. Nëse besoni se jeni diskriminuar, ju lutemi përshkruajeni sesi, me hollësi. Shtoni faqe të tjera, nëse nevojiten. Gjithashtu, shtoni çdo material me shkrim që ka lidhje me rastin tuaj.

4a. Çfarë ndodhi? Ju lutemi përfshini ku ndodhi.

Programi/Punëdhënësi i Mundësisë së Barabartë
Ndhima dhe shërbime shtesë janë të disponueshme sipas kërkesës për individë me pa-aftësi.

Complaint Number: _____

4b. Kush ishte i përfshirë? Përfshini dëshmitarët, kolegët e punës, përgjegjësit ose të tjerë. Jepni emrin, adresën dhe numrin e telefonit, nëse e dini.

4c. Kur ndodhi ose në cilën datë? _____

4d. Si u trajtuat ndryshe?

5. Si do të dëshironi që të zgjidhet kjo ankesë?

6. A ju ofruan shërbime të punësimit? Po Jo

7. **A mendoni se jeni diskriminuar?** **Po (Nëse "Po," plotësoni numrart 1 deri në 13)**
 Jo (Nëse "Jo," kaloni tek numri 13)

8. Si u diskriminuat? Vendosni një shenjë tek të gjitha ato që kanë lidhje dhe futni informacionin e kërkuar.

<input type="checkbox"/> Raca (përcaktoni): _____	<input type="checkbox"/> Predispozita gjenetike & statusi i transmetimit (përcaktoni): _____
<input type="checkbox"/> Ngjyra (përcaktoni): _____	<input type="checkbox"/> Statusi i veteranit (përcaktoni): _____
<input type="checkbox"/> Feja (përcaktoni): _____	<input type="checkbox"/> Moshë (Futni datën e lindjes): _____
<input type="checkbox"/> Origjina kombëtare (përcaktoni): _____	<input type="checkbox"/> Orientimi seksual: _____
<input type="checkbox"/> Gjinia: <input type="checkbox"/> Mashkull <input type="checkbox"/> Femër	<input type="checkbox"/> Përkatësia politike (përcaktoni): _____
<input type="checkbox"/> Të dhënat për arrestimin & shpalljen fajtor (përcaktoni): _____	<input type="checkbox"/> Viktimë e dhunës shtëpiake: _____
<input type="checkbox"/> Pa-aftësia (përcaktoni): _____	<input type="checkbox"/> Masa ndëshkimore/hakmarrja (përcaktoni): _____
<input type="checkbox"/> Gjendja martesore (përcaktoni): _____	<input type="checkbox"/> Tjetër (përcaktoni): _____
<input type="checkbox"/> Shtetësia (përcaktoni): _____	
<input type="checkbox"/> Ngacmimi seksual: _____	

9. Pse mendoni se ndodhi kjo? _____

10. A keni një avokat ose përfaqësues tjetër për këtë ankesë? Po Jo

Nëse "Po," ju lutemi futni informacionin e tyre poshtë:

Emri: _____ Telefoni: (____) _____

Adresa: _____ Qyteti: _____ Shteti: _____ Kodi: _____

Programi/Punëdhënësi i Mundësisë së Barabartë
Ndhima dhe shërbime shtesë janë të disponueshme sipas kërkesës për individë me pa-aftësi.

11. A keni paraqitur një rast ose ankesë për këtë incident me ndonjë nga sa më poshtë?

- Departamenti i Drejtësisë së SHBA-së, Sektori i të Drejtave Civile
- Departamenti i Punës i NYS, Sektori i Zhvillimit të Mundësisë së Barabartë
- Komisioni i SHBA-së për Mundësinë e Punësimit të Barabartë
- Sektori i të Drejtave të Njeriut i NYS
- Departamenti i Punës i SHBA-së, Qendra e të Drejtave Civile
- Gjykata federale ose shtetërore
- Tjetër: _____

12. Për secilën agjenci të seleksionuar në numrin 11, ju lutemi futni informacionin e mëposhtëm:

Agjencia: _____

Data e paraqitur: _____

Numri i rastit ose listës: _____

Data e gjyqit ose seancës: _____

Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës: _____

Emri i hetuesit: _____

Gjendja e rastit: _____

Komente: _____

Agjencia: _____

Data e paraqitur: _____

Numri i rastit ose listës: _____

Data e gjyqit ose seancës: _____

Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës: _____

Emri i hetuesit: _____

Gjendja e rastit: _____

Komente: _____

Agjencia: _____

Data e paraqitur: _____

Numri i rastit ose listës: _____

Data e gjyqit ose seancës: _____

Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës: _____

Emri i hetuesit: _____

Gjendja e rastit: _____

Komente: _____

Agjencia: _____

Data e paraqitur: _____

Numri i rastit ose listës: _____

Data e gjyqit ose seancës: _____

Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës: _____

Emri i hetuesit: _____

Gjendja e rastit: _____

Komente: _____

13. **Verifikoj** se informacioni më sipër është i vërtetë dhe i saktë sipas njohurisë time më të mirë.

Autorizoj dhënien e këtij informacioni agjencive të zbatimit të ligjit për hetimin e ankesës time.

E kuptoj se identiteti im do të mbahet konfidencial der në masën maksimale të mundshme në përputhje me ligjin(et) e zbatueshëm(me).

Firma e ankuesit ose firma e përfaqësuesit (shihni numrin 10):

_____ Data: _____

Programi/Punëdhënësi i Mundësisë së Barabartë
Ndhima dhe shërbime shtesë janë të disponueshme sipas kërkesës për individë me pa-aftësi.

Ky është fundi i formularit të ankesës. Mos shkruani nën këtë vijë.

Kjo faqe është vetëm për përdorimin zyrtar.

Complaint Number: _____

----- For New York State Department of Labor Staff Only -----

- A.** Type of complaint. Check all that apply: Wage related Pesticides Child labor Health/Safety
 Working conditions Housing Discrimination Other: _____
- B.** ES related? Yes No If "Yes," Job Order Number: _____
 Against employment service? Against employer? Alleged violation of ES regulations?
 Alleged violation of employment laws?
 MSFW with complaint concerning laws enforced by NYS Labor Standards or OSHA?
- C.** MSFW? Yes No
- D.** Out of state employer? Yes No
- E.** H-2A/Criteria employer? US domestic worker H-2A worker Wages Housing
 Transportation Meals Other (specify): _____
- F.** Referred to: NYS EO Officer ESA OSHA NYS Monitor Advocate
 NYS Labor Standards Other: If "Other," enter the following information:
Agency name: _____ Phone: (____) _____
Address: _____ City: _____ State: ____ Zip: _____
- G.** Follow up? Yes No If "Yes," Monthly Quarterly Follow up date: _____
Comments: _____

- Complaint received by: _____ Title: _____
Office: _____ Phone: (____) _____
Signature: _____ Date: _____

----- For United States Department of Labor Staff Only -----

- H.** **Case Number:** _____
- CIF received by CRC: Accepted Not accepted
Comments: _____

- Received by: _____ Date: _____
Signature: _____ Date: _____

Programi/Punëdhënësi i Mundësisë së Barabartë

Ndihma dhe shërbime shtesë janë të disponueshme sipas kërkesës për individë me pa-aftësi.