

Fòm plent, ansanm ak Plent Diskriminasyon

Itilize fòm sa a pou pote plent, tankou plent diskriminasyon, nan Divizyon pou Devlopman Opòtinite Egal. Plent la ka kont: yon anplwayè piblik oswa prive, anplwaye, konpayi, oswa ajans, tankou Depatman Travay Eta New York oswa lòt moun oswa antite

N ap kenbe non ou ak enfòmasyon yo konfidansyèl pou tout limit lalwa.

Pou plis enfòmasyon ale nan: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> oswa rele: (518) 457-9000 or (888) 469-7365.

Rele (800) 662-1220 for TTY/TTD. Moun ki gen andikap ka itilize sèvis Relè Eta New York yo.

Nan NYC, rele 211; nan tout lòt pati nan Eta a, rele 711.

ENSTRIKSYON: Ou dwe depoze plent ou kont benefisyè Workforce Innovation and Opportunities Act (WIOA) nan delè 180 jou ki vini apre lè ensidan an te rive a. Sepandan, Lwa sou Dwa Moun deklare ke yon plent kapab depoze nan yon ane konplè soti nan dat sa te rive a.

- Pou tout plent, tanpri ranpli nimewo 1 jiska 7 ak nimewo 13.
- Si ou santi ou te sibi diskriminasyon, tanpri ranpli nimewo 1 jiska 13.
- Voye fòm ki konplete e ki siyen an ak nenpòt dokiman sipò nan adrès ki anlè a.
Remak: Moun ki pote plent lan, oswa reprezantan yo (gade nimewo 10), dwe siyen e date 13.
- Si sa nesèsè, moun ki pote plent ou an ap ede ou ranpli fòm sa a.

1. Enfòmasyon sou moun ki pote plent lan (Moun k ap fè plent lan):

Prenon: _____ MI: ____ Siyati: _____

Adrès: _____

Adrès: _____ Eta: ____ Zip Kòd: _____

Nimewo Sekirite Sosyal: ___ - ___ - _____ Telefòn Lakay: (____) _____ Telefòn Travay: (____) _____

Adrès Imel: _____

Èske ou se yon anplwaye Depatman Travay Eta New York? Wi Non

2. Enfòmasyon sou repondan an (Ajans, anplwayè, oswa anplwaye ou ap pote plent lan):

Non: _____

Adrès: _____

Vil: _____ Eta: ____ Zip Kòd: _____

Telefòn: (____) _____

3. Ki tan ki pi bon pou nou kontakte ou sou plent sa a? A.M. P.M.

4a – 4d. Fè yon ti pale sou plent ou. Ou dwe klè ke posib. Si ou kwè ke te gen diskriminasyon ki te fèt kont ou, tanpri deklare ki jan, an detay. Atache fèy adisyonèl, si sa nesèsè. Epitou, atache nenpòt materyèl ekri ki gen rapò ak ka w la.

4a. Kisa ki te rive? Tanpri enkli kote li te pase.

Pwogram/Anplwayè Opòtinite Egal
Èd ak sèvis oksilyè yo disponib sou demann pou moun ki gen andikap.

4b. Ki moun ki te enplike? Mete temwen, anplwaye parèy ou, sipèvizè oswa lòt moun. Bay non, adrès ak nimewo telefòn, si ou konnen.

4c. Kilè sa te rive, nan ki dat? _____

4d. Kòman yo te trete ou diferaman?

5. Ki jan ou ta renmen plent sa a yo dwe rezoud?

6. Eske yo te ofri w sèvis travay? Wi Non

7. **Eske ou santi ou te sibi diskriminasyon?**

Wi (Si wi, nimewo konplè 1 jiska 13)

Non (Si "Non," Sote ale nan nimewo 13)

8. Kòman diskriminasyon te fèt kont ou? Tcheke tout sa ki aplike epi antre enfòmasyon yo mande yo.

Ras (presize): _____

Koulè (presize): _____

Relijyon (precize): _____

Orijin Nasyonal (presize): _____

Sèks: Gason Fi

Arestasyon & kondanasyon dosye (presize): _____

Andikap (presize): _____

Eitati matrimonyal (presize): _____

Sitwayènte (presize): _____

Arasman Seksyèl: _____

Jenetik predispozisyon & estati konpayi asirans (presize): _____

Eitati Venteran (presize): _____

Laj (Mete dat nesans lan): _____

Orientasyon seksyèl: _____

Afilyasyon politik (presize): _____

Viktim Vyolans Domestik: _____

Repezantasyon/vanjans (presize): _____

Lòt (presize): _____

9. Poukisa ou panse sa te rive? _____

10. Èske ou gen yon avoka oswa yon lòt reprezantan pou plent sa a? Wi Non

Si "Wi," tanpri antre enfòmasyon yo anba a:

Non: _____ Telefòn: (____) _____

Adrès: _____ Vil: _____ Eta: _____ Zip Kòd: _____

Pwogram/Anplwayè Opòtinite Egal
Èd ak sèvis oksilyè yo disponib sou demann pou moun ki gen andikap.

11. Eske ou te depoze yon ka oswa yon plent sou ensidan sa a avèk nenpòt nan bagay sa yo?

- Depatman Lajistis Etazini, Divizyon Dwa Civil
- Depatman Travay NYS, Divizyon Devlopman Opòtinite Egal
- Komisyon Ameriken pou Chans Egal pou Jwenn Travay
- Divizyon Dwa Moun NYS
- Depatman Travay Ameriken, Sant Dwa Civil
- Federal oswa Tribinal Eta a
- Lòt: _____

12. Pou chak ajans tcheke nan nimewo 11, tanpri antre enfòmasyon sa yo:

Ajans: _____
 Dat li te ranpli: _____
 Nimewo dosye oswa ka a: _____
 Dat jijman oswa odyans: _____
 Kote ajans oswa tribinal: _____
 Non anketè: _____
 Stati ka a: _____
 Kòmantè: _____

Ajans: _____
 Dat li te ranpli: _____
 Nimewo dosye oswa ka a: _____
 Dat jijman oswa odyans: _____
 Kote ajans oswa tribinal: _____
 Non anketè: _____
 Stati ka a: _____
 Kòmantè: _____

Ajans: _____
 Dat li te ranpli: _____
 Nimewo dosye oswa ka a: _____
 Dat jijman oswa odyans: _____
 Kote ajans oswa tribinal: _____
 Non anketè: _____
 Stati ka a: _____
 Kòmantè: _____

Ajans: _____
 Dat li te ranpli: _____
 Nimewo dosye oswa ka a: _____
 Dat jijman oswa odyans: _____
 Kote ajans oswa tribinal: _____
 Non anketè: _____
 Stati ka a: _____
 Kòmantè: _____

13. **Mwen sètifye** ke enfòmasyon ki anwo yo se verite ak egzat nan pi bon nan konesans mwen an.

Mwen otorize divilgasyon enfòmasyon sa yo bay ajans ki fè respekte lalwa pou envestigasyon an nan plent mwen an.

Mwen konprann ke idantite mwen pral rete konfidansyèl nan limit maksimòm posib ki konsistan avèk lwa aplikab yo.

Siyati moun ki pote plent lan oswa siyati Reprezantan an (gade nimewo 10):

_____ Dat: _____

Pwogram/Anplwayè Opòtinite Egal
 Èd ak sèvis oksilyè yo disponib sou demann pou moun ki gen andikap.

Sa a se fen fòm plent lan. Pa ekri anba liy sa a.

Paj sa a se pou itilizasyon ofisyèl sèlman.

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: _____

Pwogram/Anplwayè Opòtinite Egal
Èd ak sèvis oksilyè yo disponib sou demann pou moun ki gen andikap.