

WE ARE YOUR DOL



Formulaire d'information sur les plaintes des clients

Numéro de plainte :

Instructions : Si vous avez une plainte à formuler, veuillez remplir ce formulaire et le soumettre au personnel du Centre de carrière. S'il s'agit d'une plainte pour discrimination, vous devez soit soumettre ce formulaire au responsable de l'égalité des chances du Centre de carrière, soit l'envoyer à : **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12240**. Si nécessaire, joignez des pages supplémentaires et tout document concernant votre réclamation.

1. **Plaignant** (remplissez les informations **vous** concernant)

Prénom _____ Initiale du deuxième prénom _____ Nom _____

Adresse _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Autre adresse (le cas échéant) _____

SSN (Numéro de sécurité sociale, facultatif) _____ Téléphone fixe (____) _____ Autre téléphone (____) _____

Adresse e-mail _____

Quels sont le moment et la méthode les plus pratiques pour que nous puissions vous contacter au sujet de cette plainte ? _____

Je consens à ce que les informations concernant cette plainte soient communiquées à (indiquez le nom des membres de la famille, des amis, etc. qui peuvent recevoir des informations concernant votre plainte) : _____

2. **Défendeur** (remplissez les informations relatives à l'objet de votre plainte)

Agence, entreprise ou employé contre lesquels vous portez plainte : _____

Adresse _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Téléphone (____) _____

2a. Le défendeur est-il un Centre de carrière ? Oui Non

Si oui, cette plainte concerne Une formation Le service à la clientèle Autre _____

2b. Le défendeur est-il une entreprise ? Oui Non

Si oui, avez-vous été orienté vers cette entreprise par le personnel du Centre de carrière ? Oui Non

Si oui, quand ? _____

2c. Le défendeur est-il une exploitation agricole ? Oui Non

2d. Quel est le motif de votre plainte (cochez toutes les cases qui s'appliquent) ?

Des salaires/salaires non payés Le travail d'enfants La santé et la sécurité Les conditions de travail

Le logement Le transport Les repas Les pesticides

Autre _____

2e. Votre plainte concerne-t-elle une discrimination ? Oui Non

3. Décrivez brièvement votre plainte. Soyez aussi précis que possible. Si vous pensez avoir été victime de discrimination, décrivez en détail comment cela s'est produit.

a. Que s'est-il passé ? _____

b. Qui cela a-t-il impliqué ? (Témoins, collègues de travail, superviseurs, etc.) Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone, si vous les connaissez.

c. Quand et où cela s'est-il produit (indiquez la date) ? _____

d. Si vous pensez avoir été traité différemment, décrivez de quelle façon. _____

4. Vous a-t-on offert des services d'emploi ? Oui Non

5. Comment souhaitez-vous que cette plainte soit résolue ? _____

S'il s'agit d'une plainte pour discrimination, remplissez les numéros 6 à 10. S'il ne s'agit pas d'une plainte pour discrimination, passez au numéro 11.

6. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Les origines ethniques (précisez) _____ | <input type="checkbox"/> La couleur de peau (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> La religion (précisez) _____ | <input type="checkbox"/> Les origines nationales (précisez) _____ |
| Le sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | <input type="checkbox"/> Le casier judiciaire (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> Un handicap (précisez) _____ | <input type="checkbox"/> L'état civil (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> La citoyenneté (précisez) _____ | <input type="checkbox"/> Une prédisposition génétique ou un statut de porteur (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> Le harcèlement sexuel _____ | <input type="checkbox"/> Le statut d'ancien combattant (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> L'âge (précisez la date de naissance) ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> L'orientation sexuelle _____ |
| <input type="checkbox"/> L'affiliation politique (précisez) _____ | <input type="checkbox"/> Victime de violence domestique _____ |
| <input type="checkbox"/> Des représailles (précisez) _____ | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ |

7. Pourquoi pensez-vous que ces événements se sont produits ? _____

8. Disposez-vous d'un avocat ou d'un autre représentant pour cette plainte ? Oui Non Si oui, veuillez remplir le formulaire suivant :

Nom _____ Téléphone (____) _____
Adresse _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

9. Avez-vous déposé un dossier ou une plainte concernant cet incident auprès de l'un des organismes suivants ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Département de la Justice des États-Unis, division des Droits civils | <input type="checkbox"/> Division des Droits de l'homme de l'État de New York |
| <input type="checkbox"/> Département du Travail de l'État de New York, division du Développement de l'égalité des chances | <input type="checkbox"/> Département du Travail des États-Unis, Centre des Droits civils |
| <input type="checkbox"/> Commission pour l'Égalité des chances en matière d'emploi des États-Unis | <input type="checkbox"/> Tribunal fédéral ou d'État |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

10. Pour chaque organisme coché au point 9, veuillez fournir les informations suivantes :

Agence _____ Date de dépôt ____ / ____ / ____	Agence _____ Date de dépôt ____ / ____ / ____
Numéro d'affaire ou de dossier _____	Numéro d'affaire ou de dossier _____
Date du procès ou de l'audience _____	Date du procès ou de l'audience _____
Lieu de l'agence ou du tribunal _____	Lieu de l'agence ou du tribunal _____
Nom de l'enquêteur _____	Nom de l'enquêteur _____
État de l'affaire _____	État de l'affaire _____
Commentaires _____	Commentaires _____
_____	_____

11. Je certifie que les informations fournies ci-dessus sont vraies et exactes autant que je sache. J'autorise la divulgation de ces informations aux organismes chargés de l'application de la loi aux fins d'une enquête appropriée sur ma plainte. Je comprends que mon identité sera maintenue confidentielle dans toute la mesure du possible, conformément à la loi en vigueur et à une détermination équitable de ma plainte.

Signature du plaignant

Date

Personnel recevant la plainte _____
(Nom en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

Centre de carrière _____

Téléphone (____) _____