

WE ARE YOUR DOL



קאסטומער אנקלאגע אינפארמאציע פארם

אנקלאגע נומער

אנווייזונגען: אויב איר האט אן אנקלאגע, ביטע ענדיגט די פארם און שיקט עס אריין צו קאריערע צענטער שטאב. אויב דאס איז א דיסקרימינאציע אנקלאגע, מוזט איר אדער אריינגעבן די פארם צו די קאריערע צענטער גלייכע מעגליכקייט אפיציר, אדער עס שיקן צו: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12240.** אויב נויטיג, לייגט צו איבעריגע בלעטער און סיי וועלכע דאקומענטן איבער אייער אנקלאגע.

1. באקלאגער (פילט אריין אייער אינפארמאציע)

ערשטער נאמען: _____ מיטן אינישעל _____ לעצטע נאמען _____
אדרעס _____ סיטי _____ שטאט _____ זיפ _____
אנדערע אדרעס (אויב שייך) _____
SSN (פרייוויליג) _____ היים טעלעפאן _____ (_____)
אנדערע טעלעפאן _____ (_____)
אימעיל אדרעס _____
וואס איז די מערסט באקוועמע צייט און וועג פאר אונז זיך צו פארבינדן איבער די אנקלאגע?
איך געב מיין ערלויבעניש צו מיטטיילן אינפארמאציע אנבאלאנגט די אנקלאגע צו (רעכנט אויס נא(ע)מען פון פאמיליע מיטגלידער, פריינט א.ד.ג. וואס קענען באקומען אינפארמאציע אנבאלאנגט אייער אנקלאגע): _____

2. רעספאנדענט (פילט אריין די אינפארמאציע פאר די טעמע פון אייער אנקלאגע)

אגענטור, ביזנעס אדער ארבעטער איר מאכט די אנקלאגע אנטקעגן: _____
אדרעס _____ סיטי _____ שטאט _____ זיפ _____
טעלעפאן _____ (_____)
2a. איז די רעספאנדענט א קאריערע צענטער? יא ניין
אויב יא, איז די אנקלאגע בנוגע טרענירונג קאסטומער סערוויס אנדערע _____
2b. איז די רעספאנדענט א ביזנעס? יא ניין
אויב יא, זענט איר געווארן צוגעוויזן צו די ביזנעס דורך קאריערע צענטער שטאב? יא ניין אויב יא, ווען? _____
2c. איז די רעספאנדענט א פארם? יא ניין
2d. וואס איז אייער אנקלאגע וועגן (צייכנט אלע וואס זענען שייך)?
 געהאלט/אומבאצאלטע געהאלט קינדער ארבעט געזונט און זיכערקייט ארבעט צושטאנדן האווינג טראנספארטאציע
 מאלצייטן פעסטיסיידס אנדערע _____

e2. איז אייער אנקלאגע וועגן דיסקרימינאציע? יא ניין

3. שילדערט אין קורצן אייער אנקלאגע. זייט ווי קלאר עס איז מעגליך. אויב איר גלייבט אז איר זענט געווארן דיסקרימינירט אנטקעגן, ביטע שילדערט אין פרטים וויאזוי דאס האט פאסירט.

א. וואס האט פאסירט? _____

ב. ווער איז געווען פארמישט? (עדות, מיטארבעטער, אויפזעער, א.ד.ג.) שטעלט צו נאָמען, אַדרעס און טעלעפאָן נומער, אויב איר ווייסט.

ג. ווען און וואו האט דאס פאסירט (רעכנט אריין דאטום)? _____

ד. אויב איר גלייבט איז זענט געווארן באהאנדלט אנדערש, שילדערט וויאזוי. _____

4. זענט איר געווארן פארגעשלאגן ארבעט סערוויסעס? יא ניין

5. וויאזוי וואלט איר געוואלט די אנקלאגע זאל ווערן געשליכט?

אויב דאס איז א דיסקרימינאציע אנקלאגע, פילט אויס נומערן 10-6. אויב דאס איז נישט א דיסקרימינאציע אנקלאגע, גייט צו נומער 11.

6. באצייכנט אלע וואס זענען גילטיג.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ראסע (ספעציפירט) | <input type="checkbox"/> קאליר (ספעציפירט) |
| <input type="checkbox"/> רעליגיע (ספעציפירט) | <input type="checkbox"/> נאציאנאלע אפשטאם (ספעציפירט) |
| <input type="checkbox"/> מין <input type="checkbox"/> מאן <input type="checkbox"/> פרוי | <input type="checkbox"/> ארעסט & קאנוויקשאן רעקארד (ספעציפירט) |
| <input type="checkbox"/> באגרעניצונג (ספעציפירט) | <input type="checkbox"/> הייראט סטאטוס (ספעציפירט) |
| <input type="checkbox"/> בירגערשאפט (ספעציפירט) | <input type="checkbox"/> גענעטישע אויסשטעל & קערריער סטאטוס (ספעציפירט) |
| <input type="checkbox"/> סעקסועל העררעסמענט | <input type="checkbox"/> וועטעראן סטאטוס (ספעציפירט) |
| <input type="checkbox"/> יארגאנג (ספעציפירט טאג פון געבורט) / / | <input type="checkbox"/> סעקסועל אריענטאציע |
| <input type="checkbox"/> פאליטישע פארבינדונג (ספעציפירט) | <input type="checkbox"/> געליטענע פון דאמעסטישע אַביז |
| <input type="checkbox"/> זיך אנטקעגנשטעלן/נקמה (ספעציפירט) | <input type="checkbox"/> אנדערע (ספעציפירט) |

7. פארוואס גלייבט איר אז די זאכן האבן פאסירט?

8. האט איר אן אדוואקאט אדער אנדערע פארטרעטער פאר די אנקלאגע? יא ניין אויב "יא", ביטע פילט אויס די פאלגענדע:

נאמען _____ טעלעפאן _____ ()
 אדרעס _____ סיטי _____ סטעיט _____ זיפ _____

9. האט איר איינגעגעבן א קעיס אדער אנקלאגע איבער די אינצידענט מיט איינע פון די פאלגענדע?
 US אפטיילונג פון גערעכטיקייט, ציווילע רעכטן אפטיילונג ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו לעיבאר, אפטיילונג פון גלייכע געלעגנהייט דעוועלאפמענט
 US גלייכע ארבעט געלעגנהייט קאמיסיע NYS אפטיילונג פון מענטשליכע רעכטן
 US דעפארטמענט אוו לעיבאר, ציווילע רעכטן צענטער פעדעראלע אדער סטעיט געריכט
 עפעס אנדערש

10. פאר יעדע אגענטור געצייכענט אין נומער 9, ביטע פילט אויס די פאלגענדע אינפארמאציע:

אגענטור _____ דאטום אריינגעגעבן / / קעיס אדער דאקעט נומער _____ דאטום פון פראצעס אדער הירינג _____ לאקאציע פון אגענטור אדער געריכט _____ נאמען פון אויספארשער _____ סטאטוס פון קעיס _____ באמערקונגען _____	אגענטור _____ דאטום אריינגעגעבן / / קעיס אדער דאקעט נומער _____ דאטום פון פראצעס אדער הירינג _____ לאקאציע פון אגענטור אדער געריכט _____ נאמען פון אויספארשער _____ סטאטוס פון קעיס _____ באמערקונגען _____
---	---

11. איך באשטעטיג אז די אינפארמאציע געגעבן אויבן איז אמת און ריכטיג געזאגט לויט מיין בעסטע וויסנשאפט. איך ערלויב די ארויסלאזן פון די אינפארמאציע צו די ענפאסירונג אגענטורן פאר די ריכטיגע אויספארשונג פון מיין אנקלאגע. איך פארשטיי אז מיין אידענטיטעט וועט ווערן געהאלטן אין געהיים די מערסטע מאס מעגליך אין איינקלאנג מיט די געזעץ וואס איז שייך און א גערעכטע באשלוס פון מיין אנקלאגע.

_____ דאטום _____ באקלאגער'ס אונטערשריפט
 _____ דאטום _____ אונטערשריפט
 _____ (דריקט נאמען) _____ שטאב וואס באקומט די אנקלאגע
 _____ קאריערע צענטער _____ טעלעפאן _____ ()