

## Formulaire d'information sur les plaintes pour discrimination

Utilisez ce formulaire pour déposer une plainte pour discrimination auprès du Département du développement de l'égalité des chances. La plainte peut être déposée contre : un employeur public ou privé auquel vous avez été adressé par le Département du travail de l'État de New York, ou contre le Département du travail de l'État de New York ou ses employés, et les bénéficiaires d'un financement fédéral au titre de la loi sur l'innovation et les opportunités en matière de main-d'œuvre (WIOA) pour des allégations de discrimination en rapport avec leurs programmes, services et activités. Votre nom et vos informations resteront confidentiels dans la limite instaurée par la loi.

Pour plus d'informations, consultez le site : <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> ou appelez : (518) 457-9000 ou (888) 469-7365. Les personnes sourdes, malentendantes, aveugles ou ayant un trouble de la parole peuvent appeler le service de relais de l'État de New York au (800) 662-1220 pour TTYITTD, 211 à New York ou 711 dans les autres zones de l'État.

### Instructions :

- Envoyez le formulaire rempli et signé, ainsi que les pièces justificatives, à l'adresse ci-dessus.  
Remarque : La personne qui dépose la plainte, ou son représentant (voir numéro 10), doit signer et dater le numéro 13.
- Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez contacter le DEOD au 518-457-1984.  
REMARQUE : Les plaintes relatives au Loi sur l'innovation et l'opportunité de la main-d'œuvre doivent être déposées dans les 180 jours suivant la date à laquelle l'incident s'est produit.

### 1. Informations sur le plaignant (personne déposant la plainte) :

Prénom : \_\_\_\_\_ MI : \_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Êtes-vous un employé du département du travail de l'État de New York ?  Oui  Non

### 2. Informations sur le défendeur (Agence, employeur ou employé dont vous vous plaignez) :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### 3. Quel est le moment le plus opportun pour que nous vous contactions au sujet de cette plainte ?

\_\_\_\_\_  En journée  en soirée.

4a à 4d. Décrivez brièvement votre plainte. Soyez aussi précis que possible. Si vous pensez avoir été victime de discrimination, veuillez décrire comment, en détail. Joignez des feuilles supplémentaires, si nécessaire. Joignez également tout document écrit relatif à votre affaire.

4a. Que s'est-il passé ? Veuillez indiquer où cela s'est produit.

---

---

---

4b. Qui cela a-t-il impliqué ? Incluez des témoins, des collègues de travail, des superviseurs ou autres. Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone, si vous les connaissez.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4c. Quand cela s'est-il produit, à quelle date ? \_\_\_\_\_

4d. Comment avez-vous été traité différemment ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Des services d'emploi vous ont-ils été proposés ?  Oui  Non

7. **Avez-vous le sentiment d'avoir été victime de discrimination ?**  **Oui (Si « Oui », remplissez les numéros 1 à 13)**  
 **Non (Si « Non », passez au numéro 13)**

8. Comment avez-vous été discriminé ? Cochez toutes les cases qui s'appliquent et saisissez les informations demandées.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Race (précisez) : _____  | <input type="checkbox"/> Prédisposition génétique et statut de porteur (préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Couleur (préciser) : _____   | <input type="checkbox"/> Statut d'ancien combattant (préciser) : _____                    |
| <input type="checkbox"/> Religion (précisez) : _____  | <input type="checkbox"/> Âge (Indiquez la date de naissance) : _____                      |
| <input type="checkbox"/> Origine nationale (préciser) : _____   | <input type="checkbox"/> Orientation sexuelle : _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> Appartenance politique (préciser) : _____                        |
| <input type="checkbox"/> Dossier d'arrestation et de condamnation (préciser) : _____  | <input type="checkbox"/> Victime de violence domestique : _____                           |
| <input type="checkbox"/> Handicap (préciser) : _____  | <input type="checkbox"/> Représailles/rétorsion (préciser) : _____                        |
| <input type="checkbox"/> Situation matrimoniale (préciser) : _____  | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____  |
| <input type="checkbox"/> Nationalité (précisez) : _____   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Harcèlement sexuel : _____   | _____   |

9. Pourquoi pensez-vous que cela s'est produit ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Avez-vous un avocat ou un autre représentant pour cette plainte ?  Oui  Non

Si « Oui », veuillez saisir leurs informations ci-dessous :

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Programme et employeur pour l'égalité des chances

Des aides et des services auxiliaires sont disponibles sur demande et gratuitement pour les personnes handicapées.

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

- Département américain de la justice, Direction des droits civils
- Département du travail de l'État de New York, Division du développement de l'égalité des chances
- Commission américaine pour l'égalité des chances en matière d'emploi
- Département des droits de l'homme de l'État de New York
- Département américain du travail, Centre des droits civils
- Cour fédérale ou d'État
- Autres : \_\_\_\_\_

12. Pour chaque agence cochée au numéro 11, veuillez saisir les informations suivantes :

**Agence :** \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Numéro d'affaire ou de dossier : \_\_\_\_\_

Date du procès ou de l'audience : \_\_\_\_\_

Localisation de l'agence ou du tribunal : \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_

Statut de l'affaire : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Agence :** \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Numéro d'affaire ou de dossier : \_\_\_\_\_

Date du procès ou de l'audience : \_\_\_\_\_

Localisation de l'agence ou du tribunal : \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_

Statut de l'affaire : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Agence :** \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Numéro d'affaire ou de dossier : \_\_\_\_\_

Date du procès ou de l'audience : \_\_\_\_\_

Localisation de l'agence ou du tribunal : \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_

Statut de l'affaire : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Agence :** \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Numéro d'affaire ou de dossier : \_\_\_\_\_

Date du procès ou de l'audience : \_\_\_\_\_

Localisation de l'agence ou du tribunal : \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_

Statut de l'affaire : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. **Je certifie** que les informations ci-dessus sont vraies et exactes au meilleur de ma connaissance.

**J'autorise** la divulgation de ces informations aux organismes nécessaires pour l'enquête sur ma plainte.

**Je suis conscient** que mon identité restera confidentielle dans la mesure du possible, conformément aux lois applicables.

Signature du plaignant ou du représentant (voir numéro 10) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Programme et employeur pour l'égalité des chances

Des aides et des services auxiliaires sont disponibles sur demande et gratuitement pour les personnes handicapées.

**C'est la fin du formulaire de plainte. Ne pas écrire en dessous de cette ligne.**

----- Pour le personnel du Département du travail de l'État de New York uniquement -----

A. Type de plainte. Cochez toutes les cases qui s'appliquent :  Lié aux salaires  Pesticides  Travail des enfants  
 Santé/Sécurité  Conditions de travail  Logement  Discrimination  Autres : \_\_\_\_\_

B. Lié à l'ES ?  Oui  Non Si « Oui », numéro de commande : \_\_\_\_\_  
 Contre le service de l'emploi ?  Contre l'employeur ?  Violation présumée des règlements de l'ES ?  
 Violation présumée des lois sur l'emploi ?  
 MSFW avec une plainte concernant les lois appliquées par NYS Labor Standards ou OSHA ?

C. MSFW ?  Oui  Non

D. Employeur hors de l'État ?  Oui  Non

E. Employeur H-2A/Critère ?  Travailleur domestique américain  Travailleur H-2A  Salaires  Logement  
 Transport  Repas  Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

F. Renvoyé à :  Agent du NYS EO  ESA  OSHA  Défenseur des droits de NYS Monitor

Normes du travail de l'État de New York  Autres :

Si vous avez coché « Autres », entrez les informations suivantes :

Nom de l'agence : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

G. Un suivi ?  Oui  Non Si vous avez coché « Oui »  Mensuel Date suivi trimestriel : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

Plainte reçue par : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Bureau : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

----- Réserve au personnel du ministère du travail des États-Unis -----

H. Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

CIF reçu par CRC :  Accepté  Non accepté

Commentaires : \_\_\_\_\_

Reçu par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Programme et employeur pour l'égalité des chances

Des aides et des services auxiliaires sont disponibles sur demande et gratuitement pour les personnes handicapées.