

Formularz informacyjny na temat skargi w związku z dyskryminacją

Użyj tego formularza, aby złożyć skargę na dyskryminację do Wydziału ds. Rozwoju Równych Szans. Skarga może być skierowana przeciwko: publicznemu lub prywatnemu pracodawcy, do którego zostałeś skierowany przez Departament Pracy Stanu Nowy Jork lub przeciwko Departamentowi Pracy Stanu Nowy Jork lub jego pracownikom oraz odbiorcom funduszy federalnych w ramach Ustawy o innowacjach i możliwościach dla siły roboczej (Workforce Innovation and Opportunity Act; WIOA) w związku z zarzutem dyskryminacji w odniesieniu do oferowanych przez nich programów, usług i działań. Twoje nazwisko i informacje będą traktowane jako poufne w najszerszym zakresie prawa.

Aby uzyskać więcej informacji, wejdź na stronę <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> lub zadzwoń pod numer: (518) 457-9000 lub (888) 469-7365. Osoby niesłyszące, niedosłyszące, głuche i niewidome lub z zaburzeniami mowy mogą zadzwonić do New York State Relay Service pod numer (800) 662-1220 dla TTYITTD, 211 w NYC lub 711 w innych częściach stanu.

Instrukcje:

- Wyślij wypełniony i podpisany formularz oraz wszelkie dokumenty uzupełniające na powyższy adres.
Uwaga: Osoba składająca skargę lub jej przedstawiciel (patrz pozycja 10), musi podpisać i opatrzyć datą pozycję 13.
- Jeśli potrzebujesz pomocy w wypełnieniu tego formularza, możesz skontaktować się z DEOD pod numerem 518-457-1984.
UWAGA: Skarga w związku z Ustawą o innowacjach i możliwościach dla siły roboczej musi zostać złożona w ciągu 180 dni od incydentu domniemanej dyskryminacji.

1. Informacje na temat osoby składającej skargę:

Pierwsze imię: _____ In: _____ Nazwisko: _____

Adres: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Numer ubezpieczenia społecznego: ___ - ___ - _____ Telefon domowy: (____) _____

Telefon służbowy: (____) _____

Adres e-mail: _____

Czy jesteś pracownikiem Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork? Tak Nie

2. Informacje dotyczące pozwanego (agencji, pracodawcy lub pracownika, na którego składasz skargę):

Nazwa/Imię i nazwisko: _____

Adres: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Numer telefonu: (____) _____

3. Jaki jest najdogodniejszy czas, w którym możemy się z Tobą skontaktować w sprawie skargi?

_____ DO POŁUDNIA PO POŁUDNIU

4a – 4d. Krótko opisz swoją skargę. Bądź tak szczegółowy, jak to tylko możliwe. Jeśli uważasz, że byłeś dyskryminowany, opisz szczegółowo, w jaki sposób. W razie potrzeby możesz załączyć dodatkowe arkusze. Dołącz również wszelkie materiały pisemne związane z Twoją sprawą.

Pracodawca/program zapewniający równość szans
Sprzęt oraz usługi pomocnicze są dostępne dla osób niepełnosprawnych bezpłatnie i na życzenie.

4a. Co się stało? Proszę podać miejsce, w którym się to stało.

4b. Kto był w to zaangażowany? Uwzględnij świadków, współpracowników, przełożonych lub inne osoby. Podaj nazwisko, adres i numer telefonu, jeśli są znane.

4c. Kiedy to się stało, w jakim dniu? _____

4d. W jaki sposób potraktowano Cię inaczej?

5. Jak chciałbyś, aby ta skarga została rozwiązana?

6. Czy zaoferowano Ci usługi w zakresie zatrudnienia? Tak Nie

7. **Czy czujesz, że jesteś dyskryminowany?** Tak (Jeśli „tak”, należy wypełnić pozycje od 1 do 13)
 Nie (Jeśli „nie”, przejdź do pozycji 13)

8. W jaki sposób byłeś dyskryminowany? Zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi i wprowadzić żądane informacje.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rasa (określić): _____ | <input type="checkbox"/> Predyspozycje genetyczne i status nosiciela (określić): _____ |
| <input type="checkbox"/> Kolor (określić): _____ | <input type="checkbox"/> Status weterana (określić): _____ |
| <input type="checkbox"/> Religia (określić): _____ | <input type="checkbox"/> Wiek (podać datę urodzenia): _____ |
| <input type="checkbox"/> Pochodzenie narodowe (określić): _____ | <input type="checkbox"/> Orientacja seksualna: _____ |
| <input type="checkbox"/> Płeć: <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> Przynależność polityczna (określić): _____ |
| <input type="checkbox"/> Akta aresztowania i skazania (określić): _____ | <input type="checkbox"/> Ofiara przemocy w rodzinie: _____ |
| <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność (określić): _____ | <input type="checkbox"/> Represja/odwet (określić): _____ |
| <input type="checkbox"/> Stan cywilny (określić): _____ | <input type="checkbox"/> Inne (określić): _____ |
| <input type="checkbox"/> Obywatelstwo (określić): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Molestowanie seksualne: _____ | |

9. Jak sądzisz, dlaczego tak się stało? _____

Pracodawca/program zapewniający równość szans
 Sprzęt oraz usługi pomocnicze są dostępne dla osób niepełnosprawnych bezpłatnie i na życzenie.

Numer skargi:

10. Czy masz adwokata lub innego przedstawiciela w związku ze skargą? Tak Nie

Jeśli „tak”, proszę wpisać poniżej dane tej osoby:

Imię i nazwisko: _____ Numer telefonu: (____) _____

Adres: _____ Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

11. Czy złożyłeś skargę dotyczącą tego zdarzenia do któregoś z następujących podmiotów?

Amerykański Departament Sprawiedliwości, Wydział Praw Obywatelskich

Wydział ds. Rozwoju Równych Szans Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork

Amerykańska Komisja ds. Równości w Zatrudnieniu

Wydział Praw Człowieka

Amerykański Departament Pracy, Centrum Praw Obywatelskich

Sąd Federalny lub Stanowy

Inne: _____

12. Dla każdej agencji zaznaczonej w pozycji 11 proszę podać następujące informacje:

Agencja: _____

Data złożenia: _____

Numer sprawy lub akt: _____

Data rozprawy lub przesłuchania: _____

Lokalizacja agencji lub sądu: _____

Imię i nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie:

Status sprawy: _____

Komentarz: _____

Agencja: _____

Data złożenia: _____

Numer sprawy lub akt: _____

Data rozprawy lub przesłuchania: _____

Lokalizacja agencji lub sądu: _____

Imię i nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie:

Status sprawy: _____

Komentarz: _____

Agencja: _____

Data złożenia: _____

Numer sprawy lub akt: _____

Data rozprawy lub przesłuchania: _____

Lokalizacja agencji lub sądu: _____

Imię i nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie:

Status sprawy: _____

Komentarz: _____

Agencja: _____

Data złożenia: _____

Numer sprawy lub akt: _____

Data rozprawy lub przesłuchania: _____

Lokalizacja agencji lub sądu: _____

Imię i nazwisko osoby prowadzącej dochodzenie:

Status sprawy: _____

Komentarz: _____

Pracodawca/program zapewniający równość szans
Sprzęt oraz usługi pomocnicze są dostępne dla osób niepełnosprawnych bezpłatnie i na życzenie.

13. **Oświadczam**, że informacje podane powyżej są prawdziwe i dokładne zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Upoważniam do ujawnienia tych informacji organom ścigania w celu przeprowadzenia dochodzenia w sprawie mojej skargi.

Rozumiem, że moja tożsamość zostanie zachowana jako poufna w maksymalnym stopniu zgodnym z obowiązującymi przepisami prawa.

Podpis osoby składającej skargę lub jej przedstawiciela (patrz pozycja 10):

Data: _____

Pracodawca/program zapewniający równość szans
Sprzęt oraz usługi pomocnicze są dostępne dla osób niepełnosprawnych bezpłatnie i na życzenie.

Tutaj kończy się formularz skargi. Nie należy pisać poniżej tej linii.

Ta strona jest przeznaczona wyłącznie do użytku służbowego.**----- Wyłącznie dla pracowników Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork -----**

- A.** Rodzaj skargi. Zaznaczyć wszystkie odpowiedzi odpowiadające danej sytuacji: Wynagrodzenie Pestycydy
 Praca dzieci BHP Warunki pracy Zakwaterowanie Dyskryminacja Inne: _____
- B.** Związana z ES? Tak Nie Jeśli „tak”, numer zlecenia: _____
 Na służby zatrudnienia? Na pracodawcę? Domniemane naruszenie przepisów ES?
 Domniemane naruszenie prawa pracy?
 MSFW ze skargą dotyczącą prawa egzekwowanego przez Departament Standardów Pracy Stanu Nowy Jork lub OSHA?
- C.** MSFW? Tak Nie
- D.** Pracodawca spoza stanu? Tak Nie
- E.** H-2A/Kryteria pracodawcy? Amerykańska pomoc domowa Pracownik H-2A Wynagrodzenie
 Zakwaterowanie Transport Posiłki Inne (określić): _____
- F.** W związku z: Urzędnikiem NYS EO ESA OSHA Rzecznikiem monitorującym NYS
 Departamentem Standardów Pracy Inne: Jeśli „Inne”, należy podać następujące informacje:
Nazwa agencji: _____ Numer telefonu: (____) _____
Adres: _____ Miasto: _____ Stan: ____ Kod: _____
- G.** Kontakt? Tak Nie Jeśli „tak” Miesięczny Kwartalny Data kontaktu: _____
Komentarz: _____

- Skargę przyjął: _____ Stanowisko: _____
Urząd: _____ Telefon: (____) _____
Podpis: _____ Data: _____

----- Wyłącznie dla pracowników Amerykańskiego Departamentu Pracy -----

- H.** Numer sprawy: _____
- CIF przyjęta przez CRC: Zaakceptowana Niezaakceptowana
Komentarz: _____

- Przyjęta przez: _____ Data: _____
Podpis: _____ Data: _____

Pracodawca/program zapewniający równość szans

Sprzęt oraz usługi pomocnicze są dostępne dla osób niepełnosprawnych bezpłatnie i na życzenie.