

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

গ্রাহকের অভিযোগের তথ্যের ফর্ম

অভিযোগের নম্বর:

নির্দেশাবলী: যদি আপনার কোনও অভিযোগ থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি সম্পূর্ণ করে এবং কেরিয়ার সেন্টারের কর্মীকে জমা দিন। যদি এটি বৈষম্যতা সংক্রান্ত অভিযোগ হয়, তাহলে আপনাকে কেরিয়ার সেন্টার ইকুয়াল অপারচুনিটি অফিসারকে এই ফর্মটি জমা দিন বা এখানে পাঠান: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, ভবন 12, রুম 540, Albany, NY 12226.** প্রয়োজন হলে, অতিরিক্ত পৃষ্ঠা এবং আপনার দাবি সম্পর্কে যে কোনও নিখ যোগ করুন।

1. অভিযোগকারী (আপনার তথ্য পূরণ করুন)

নাম _____ মাঝের আদ্যক্ষর _____ পদবি _____
ঠিকানা _____ সিটি _____ স্টেট _____ জিপ _____
বিকল্প ঠিকানা (প্রযোজ্য হলে) _____
SSN (বিকল্প) _____ বাড়ির টেলিফোন (_____) _____ বিকল্প ফোন (_____) _____
ইমেল ঠিকানা _____

এই অভিযোগ সম্পর্কে আপনাকে কোন সময়ে ও কীভাবে যোগাযোগ করা যাবে? _____

আমি এই অভিযোগ সম্পর্কে এদের (পরিবারের সদস্য, বন্ধুদের নাম যারা আমার অভিযোগ সম্পর্কিত তথ্য পেতে পারে তাদের নাম) সঙ্গে তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি: _____

2. বিবাদী (আপনার অভিযোগের বিষয়ের তথ্য পূরণ করুন)

আপনি যে এজেন্সি, ব্যবসা বা কর্মীর বিরুদ্ধে অভিযোগ করছেন: _____

ঠিকানা _____ সিটি _____ স্টেট _____ জিপ _____
টেলিফোন (_____) _____

2a. বিবাদী কি কোনও কেরিয়ার সেন্টার? হ্যাঁ না

হ্যাঁ হলে, এই অভিযোগটি কি সম্পর্কে? প্রশিক্ষণ গ্রাহক সেবা অন্যান্য _____

2b. বিবাদী কি কোনও ব্যবসায়িক প্রতিষ্ঠান? হ্যাঁ না

হ্যাঁ হলে, কেরিয়ার সেন্টারের কর্মী কি আপনাকে রেফার করেছিল? হ্যাঁ না হ্যাঁ হলে, তখন? _____

2c. বিবাদী কি কোনও ফার্ম? হ্যাঁ না

2d. আপনার অভিযোগ কি নিয়ে (প্রযোজ্য সবকটিতে টিক দিন)?

বেতন/বকেয়া বেতন শিশু শ্রম স্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তা কাজের অবস্থা বাসস্থান পরিবহন
 আহার কীটনাশক অন্যান্য _____

2e. আপনার অভিযোগ কি বৈষম্য সম্পর্কিত? হ্যাঁ না

3. আপনার অভিযোগ সংক্ষেপে বর্ণনা করুন। যতটা সম্ভব পরিষ্কারভাবে জানান। যদি আপনার মনে হয় যে আপনার সঙ্গে বৈষম্যতা করা হয়েছে, তাহলে বিশদে জানান কীভাবে এটি হয়েছে।

a. কী হয়েছে? _____

b. কারা যুক্ত ছিল? (মাফী, সহকর্মী, সুপারভাইজাররা ইত্যাদি।) নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর জানা থাকলে জানান।

c. কখন ও কোথায় ঘটেছে (তারিখ সহ)? _____

d. যদি আপনার মনে হয়, আপনার সঙ্গে অন্য রকম আচরণ করা হয়েছে, কীভাবে জানান। _____

4. আপনাকে কী চাকরির প্রস্তাব দেয়া হয়েছে? হ্যাঁ না

5. এই অভিযোগটি আপনি কীভাবে সমাধান করতে চান? _____

যদি এটি বৈষম্যতা সম্পর্কিত অভিযোগ হয়, তাহলে 6-10 পূরণ করুন। যদি এটি বৈষম্যতা সম্পর্কিত অভিযোগ না হয়, তাহলে 11 এ যান।

6. প্রযোজ্য সবকটিতে টিক দিন।

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> জাতি (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ | <input type="checkbox"/> বর্ণ (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ |
| <input type="checkbox"/> ধর্ম (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ | <input type="checkbox"/> জাতীয় পরিচয় (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ |
| লিঙ্গ <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা | <input type="checkbox"/> গ্রেপ্তার ও দোষী সাব্যস্তের রেকর্ড (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ |
| <input type="checkbox"/> অক্ষমতা (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ | <input type="checkbox"/> বৈবাহিক স্থিতি (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ |
| <input type="checkbox"/> নাগরিকত্ব (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ | <input type="checkbox"/> জিনগত প্রবণতা ও চাকরির স্থিতি (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ |
| <input type="checkbox"/> যৌন নির্যাতন _____ | <input type="checkbox"/> ভেটেরান স্টেটাস (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ |
| <input type="checkbox"/> বয়স (জন্মতারিখ জানান) _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> যৌন প্রবৃত্তি _____ |
| <input type="checkbox"/> রাজনৈতিক অনুমোদন (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ | <input type="checkbox"/> গার্হস্থ্য সহিংসতায় আক্রান্ত _____ |
| <input type="checkbox"/> প্রতিশোধের শিকার (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে জানান) _____ |

7. এইসব ঘটনা ঘটেছে বলে কেন আপনি মনে করেন? _____

8. এই অভিযোগের জন্য আপনার কি কোনও আইনজীবী বা অন্য প্রতিনিধি আছে? হ্যাঁ না "হ্যাঁ" হলে, নিম্নলিখিতটি পূরণ করুন:

নাম _____ টেলিফোন (_____) _____

ঠিকানা _____ সিটি _____ স্টেট _____ জিপ _____

9. এই ঘটনা সম্পর্কে আপনি কি নিচের কোথাও কেস বা অভিযোগ দায়ের করেছেন?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> যুক্তরাষ্ট্রের বিচার বিভাগ, নাগরিক অধিকারের বিভাগ | <input type="checkbox"/> NYS শ্রম দপ্তর, সমান সুযোগ উন্নয়ন দপ্তর |
| <input type="checkbox"/> যুক্তরাষ্ট্রের সমান কর্মনিয়োগের সুযোগের কমিশন | <input type="checkbox"/> NYS মানবাধিকার বিভাগ |
| <input type="checkbox"/> যুক্তরাষ্ট্রের শ্রম বিভাগ, নাগরিক অধিকার কেন্দ্র | <input type="checkbox"/> ফেডারেল বা স্টেট কোর্ট |
| <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ | |

10. 9 এ টিক দেয়া প্রতিটি এজেন্সির জন্য, নিম্নলিখিত তথ্য পূরণ করুন:

এজেন্সি _____ দায়ের করার তারিখ _____ / _____ / _____

কেস বা ডকেট নম্বর _____

শুনানির তারিখ _____

এজেন্সি বা আদালতের অবস্থান _____

অনুসন্ধানকারীর নাম _____

কেসের স্থিতি _____

মন্তব্য _____

এজেন্সি _____ দায়ের করার তারিখ _____ / _____ / _____

কেস বা ডকেট নম্বর _____

শুনানির তারিখ _____

এজেন্সি বা আদালতের অবস্থান _____

অনুসন্ধানকারীর নাম _____

কেসের স্থিতি _____

মন্তব্য _____

11. আমি শংসিত করছি যে উপরে সরবরাহ করা তথ্য আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে সত্য এবং নির্ভুল। আমার অভিযোগের সঠিক অনুসন্ধানের জন্য এনফোর্সমেন্ট এজেন্সিগুলির কাছে এই তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিচ্ছি। আমি বুঝেছি যে প্রযোজ্য আইন অনুসারে ও আমার অভিযোগের ন্যায্য নির্ধারণের জন্য আমার পরিচয় যতটা সম্ভব গোপন রাখা হবে।

অভিযোগকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

অভিযোগ গ্রহণকারী কর্মী

(ছাপানো হরফে)

স্বাক্ষর

তারিখ

কেরিয়ার সেন্টার

টেলিফোন ()