



Formulari i Informacionit të Ankesës për Diskriminim

Përdoreni këtë formular për të paraqitur një ankesë për diskriminim në Divizionin e Zhvillimit të Mundësive të Barabarta. Ankesa mund të jetë kundër: një punëdhënësi publik ose privat që ju është referuar nga Departamenti i Punës i Shtetit të New Yorkut, ose kundër Departamentit të Punës të Shtetit të New Yorkut ose punonjësve të tij, dhe përfituesve të fondeve federale sipas Ligjit për Inovacionin dhe Mundësitë e Fuqisë Punëtore (WIOA) për pretendimet për diskriminim në lidhje me programet, shërbimet, dhe aktivitetet e tyre. Emri dhe informacioni juaj do të mbahet konfidencial deri në masën më të plotë të ligjit.

Për më shumë informacion shko në: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> ose telefononi (518) 457-9000 ose (888) 469-7365. Njerëzit që janë të Shurdhër, me Vështirësi në Dëgjim, të Verbër dhe të Shurdhër ose ata me Aftësi të Kufizuara të të Folurit mund të telefonojnë Shërbimin Rele të Shtetit të New Yorkut në (800) 662-1220 për TTYITTD, 211 në NYC, ose 711 në pjesë të tjera të Shtetit.

Udhëzime:

- Dërgoni me postë formularin e mbushur dhe të nënshkruar dhe çdo dokument mbështetës në adresën e mësipërme.
Shënim: Personi që bën ankesën ose përfaqësuesi i tyre (shih numrin 10), duhet të nënshkruajë dhe të vendosë datën në numrin 13.
- Nëse keni nevojë për ndihmë për plotësimin e këtij formulari, mund të kontaktoni DEOD në 518-457-1984.
SHËNIM: Ankesat e Ligjit për Inovacionin dhe Mundësitë e Fuqisë Punëtore duhet të dorëzohen brenda 180 ditëve nga data kur ka ndodhur incidenti.

1. Informacioni i ankuesit (Personi që bën ankesën):

Emri: _____ Iniciali i mesit: ____ Mbiemri: _____
Adresa: _____
Qyteti: _____ Shteti: ____ Kodi postar: _____
Numri i Sigurimeve Sociale: ____ - ____ - ____ Telefoni në shtëpi: (____) _____ Telefoni në punë: (____) _____
Adresa e emailit: _____
A jeni një punonjës i Departamentit të Punës të Shtetit të New Yorkut? Po Jo

2. Informacioni i të paditurit (agjencia, punëdhënësi ose punonjësi për të cilin po ankoheni):

Emri: _____
Adresa: _____
Qyteti: _____ Shteti: ____ Kodi postar: _____
Telefoni: (____) _____

3. Cila është koha më e leverdisshme që ne t'ju kontaktojmë për këtë ankesë? _____ Paradite Pasdite

4a – 4d. Përshkruani shkurtimisht ankesën tuaj. Jini sa më të qartë që të jetë e mundur. Nëse besoni se jeni diskriminuar, ju lutemi përshkruajeni sesi, me hollësi. Shtoni faqe të tjera, nëse nevojiten. Gjithashtu, shtoni çdo material me shkrim që ka lidhje me rastin tuaj.

4a. Çfarë ndodhi? Ju lutemi përfshini vendin ku ndodhi.

Programi/Punëdhënësi i Mundësisë së Barabartë
Ndhma dhe shërbime shtesë ofrohen me kërkesë të individit me aftësi të kufizuara dhe janë pa pagesë.

4b. Kush ishte i përfshirë? Përfshini dëshmitarët, kolegët e punës, përgjegjësit ose të tjerë. Jepni emrin, adresën dhe numrin e telefonit, nëse e dini.

4c. Kur ndodhi, në cilën datë? _____

4d. Si u trajtuat ndryshe?

5. Si do të dëshironi që të zgjidhet kjo ankesë?

6. A ju ofruan shërbime të punësimit? Po Jo

7. **A mendoni se jeni diskriminuar?** **Po (Nëse "Po," plotësoni numrat 1 deri në 13)**
 Jo (Nëse "Jo," kaloni tek numri 13)

8. Si u diskriminuat? Vendosni një shenjë tek të gjitha ato që aplikohen dhe futni informacionin e kërkuar.

<input type="checkbox"/> Raca (përcakto): _____	<input type="checkbox"/> Predispozita gjenetike & statusi i transmetimit (përcakto): _____
<input type="checkbox"/> Ngjyra (përcakto): _____	<input type="checkbox"/> Statusi i veteranit (përcakto): _____
<input type="checkbox"/> Feja (përcakto): _____	<input type="checkbox"/> Moshë (Futni datën e lindjes): _____
<input type="checkbox"/> Origjina kombëtare (përcakto): _____	<input type="checkbox"/> Orientimi seksual: _____
<input type="checkbox"/> Gjinia: <input type="checkbox"/> Mashkull <input type="checkbox"/> Femër <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Përkatësia politike (përcakto): _____
<input type="checkbox"/> Të dhënat për arrestimin & shpalljen fajtor (përcakto): _____	<input type="checkbox"/> Viktimë e Dhunës në Familje: _____
<input type="checkbox"/> Aftësia e Kufizuar (përcakto): _____	<input type="checkbox"/> Masa ndëshkimore/hakmarrëse (përcakto): _____
<input type="checkbox"/> Gjendja civile (përcakto): _____	<input type="checkbox"/> Tjetër (përcakto): _____
<input type="checkbox"/> Shtetësia (përcakto): _____	_____
<input type="checkbox"/> Ngacnimi seksual: _____	_____

9. Pse mendoni se ndodhi kjo? _____

10. A keni një avokat ose përfaqësues tjetër për këtë ankesë? Po Jo

Nëse "Po," ju lutemi futni informacionin e tyre poshtë:

Emri: _____ Telefoni: (____) _____

Adresa: _____ Qyteti: _____ Shteti: _____ Kodi: _____

Programi/Punëdhënësi i Mundësisë së Barabartë
 Ndihma dhe shërbime shtesë ofrohen me kërkesë të individit me aftësi të kufizuar dhe janë pa pagesë.

11. A keni paraqitur një rast ose ankesë për këtë incident me ndonjë nga sa më poshtë?

- Departamenti i Drejtësisë së US-së, Sektori i të Drejtave Civile
- Departamenti i Punës i NYS, Sektori i Zhvillimit të Mundësisë së Barabartë
- Komisioni i US-së për Mundësinë e Punësimit të Barabartë
- Sektori i të Drejtave të Njeriut i NYS
- Departamenti i Punës i US-së, Qendra e të Drejtave Civile
- Gjykata Federale ose Shtetërore
- Tjetër: _____

12. Për secilën agjenci të seleksionuar në numrin 11, ju lutemi futni informacionin e mëposhtëm:

Agjencia: _____
 Data e paraqitur: _____
 Numri i rastit ose listës: _____
 Data e gjyqit ose seancës: _____
 Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës: _____
 Emri i hetuesit: _____
 Gjendja e çështjes: _____
 Komente: _____

Agjencia: _____
 Data e paraqitur: _____
 Numri i rastit ose listës: _____
 Data e gjyqit ose seancës: _____
 Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës: _____
 Emri i hetuesit: _____
 Gjendja e çështjes: _____
 Komente: _____

Agjencia: _____
 Data e paraqitur: _____
 Numri i rastit ose listës: _____
 Data e gjyqit ose seancës: _____
 Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës: _____
 Emri i hetuesit: _____
 Gjendja e çështjes: _____
 Komente: _____

Agjencia: _____
 Data e paraqitur: _____
 Numri i rastit ose listës: _____
 Data e gjyqit ose seancës: _____
 Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës: _____
 Emri i hetuesit: _____
 Gjendja e çështjes: _____
 Komente: _____

13. **Verifikoj** se informacioni më sipër është i vërtetë dhe i saktë sipas njohurisë time më të mirë.

Autorizoj dhënien e këtij informacioni agjencive të zbatimit të ligjit për hetimin e ankesës time.

E kuptoj se identiteti im do të mbahet konfidencial der në masën maksimale të mundshme në përputhje me ligjin(et) e zbatueshëm(me).

Firma e Ankuesit ose Firma e Përfaqësuesit (shih numrin 10): _____

Data: _____

Programi/Punëdhënësi i Mundësisë së Barabartë

Ndihma dhe shërbime shtesë ofrohen me kërkesë të individit me aftësi të kufizuar dhe janë pa pagesë.

Ky është fundi i formularit të ankesës. Mos shkruani nën këtë vijë.

Kjo faqe është vetëm për përdorimin zyrtar.

----- **Vetëm për Personelin e Departamentit të Punës të Shtetit të Nju Jorkut**-----

A. Lloji i ankesës. Vendosi një shenjë tek të gjitha ato që kanë lidhje: Lidhur me pagën Pesticide Puna e fëmijëve Shëndeti/Siguria Kushtet e punës Strehimi Diskriminim Tjetër: _____

B. Lidhur me ES? Po Jo Nëse "Po," Numri i Urdhërit të Punës: _____
 Kundër shërbimit të punësimit? Kundër punëdhënësit? Shkelje e pretenduar e rregulloreve të ES-së?
 Shkelje e pretenduar e ligjeve të punësimit?
 MSFW me ankesë që ka lidhje me ligjet që zbatohen nga Standartet e Punes të NYS ose OSHA?

C. MSFW? Po Jo

D. Punëdhënës jashtë shtetit? Po Jo

E. H-2A/Punëdhënës me kritere? Punëtor i brendshëm i US-së Punëtor H-2A Paga Strehimi
 Transporti Ushqime Të tjera (përcaktoni): _____

F. Referuar tek: Punonjësi EO i NYS ESA OSHA Këshilltari i Vëzhgimit nga NYS
 Standartet e Punës të NYS Tjetër: Nëse "Tjetër," futni informacionin e mëposhtëm:
 Emri i agjencisë: _____ Telefoni: (____) _____
 Adresa: _____ Qyteti: _____ Shteti: _____ Kodi postar: _____

G. Ndjekje? Po Jo Nëse "Po," Çdo muaj Çdo tre muaj Data e ndjekjes: _____
 Komente: _____

Ankesa është marrë nga: _____ Titulli: _____
 Zyra: _____ Telefoni: (____) _____
 Firma: _____ Data: _____

----- **Vetëm për Personelin e Departamentit të Punës të Shtetit të Nju Jorkut**-----

H. Numri i Çështjes: _____

CIF marë nga CRC: Pranuar Nuk është pranuar

Komente: _____

Marrë nga: _____ Data: _____
 Firma: _____ Data: _____

Programi/Punëdhënësi i Mundësisë së Barabartë

Ndihma dhe shërbime shtesë ofrohen me kërkesë të individit me aftësi të kufizuar dhe janë pa pagesë.