

歧视投诉信息表

使用本表向平等机会发展局提出歧视投诉。如在项目、服务或活动中感觉受到歧视，您可对以下机构提出投诉：纽约州劳工部向您推荐的公共或私人雇主、纽约州劳工部或其雇员，以及根据《劳动力创新与机会法案 (WIOA)》获得联邦资助的机构。你的姓名和信息将在法律允许的最大范围内保密。

要了解更多信息，请浏览：<https://dol.ny.gov/equal-opportunity> 或致电：(518) 457-9000 或(888) 469-7365。有耳聋、听力障碍、聋盲或有语言障碍的人士可致电纽约州中继服务：(800) 662-1220。要获得 TTY|TTD 服务，纽约市请致电：211，州内其他地区请致电：711。

说明：

- 将填妥并签署的表格和任何证明文件邮寄至上述地址。
注意：投诉人或其代表（见第 10 项）必须在第 13 项上签字并注明日期。
- 如果您在填写本表时需要帮助，请联系 DEOD: 518-457-1984。
注意：《劳动力创新与机会法案》相关的投诉必须在投诉事件发生后的 180 天内提交。

1. 投诉人信息（提出投诉的个人）：

名字：_____ 中间名：____ 姓氏：_____

地址：_____

城市：_____ 州：____ 邮编：_____

社保号：____-____-____ 家庭电话：(____)_____ 工作电话：(____)_____

电子邮件地址：_____

你是纽约州劳工部的雇员吗？ ☐ 是 ☐ 否

2. 被投诉人信息（你投诉的机构、雇主或雇员）：

姓名：_____

地址：_____

城市：_____ 州：____ 邮编：_____

电话：(____)_____

3. 我们在什么时候就该投诉与你联系最方便？ _____ ☐ 上午 ☐ 下午

4a - 4d. 请简述您的投诉。请尽可能简明扼要。如果你认为自己受到了歧视，请详细描述具体情况。如有需要，请另附纸张。此外，请附上与你的案件有关的任何书面材料。

4a. 发生了什么？请说明事件发生的地点。

平等机会雇主/计划
可根据要求免费向残障人士提供辅助性协助和服务。

投诉编号：_____

4b. 涉及哪些人？包括证人、同事、主管或其他人。如已知，请提供姓名、地址和电话号码。

4c. 什么时候发生的，具体日期？_____

4d. 你是如何被区别对待的？

5. 你希望如何解决此投诉？

6. 你是否获得了就业服务？ ☐ 是 ☐ 否

7. 你是否觉得自己受到了歧视？ ☐ 是（如果“是”，请填写第 1 项至第 13 项）
☐ 否（如果“否”，请跳至第 13 项）

8. 你是如何受到歧视的？选中所有适用项并输入所需信息。

☐ 种族（请说明）：_____

☐ 肤色（请说明）：_____

☐ 宗教（请说明）：_____

☐ 国籍（请说明）：_____

☐ 性别： ☐ 男 ☐ 女 ☐ X

☐ 逮捕和定罪记录（请说明）：_____

☐ 残障（请说明）：_____

☐ 婚姻状况（请说明）：_____

☐ 公民身份（请说明）：_____

☐ 性骚扰：_____

☐ 遗传易感性和携带者状况（请说明）：_____

☐ 退伍军人身份（请说明）：_____

☐ 年龄（输入出生日期）：_____

☐ 性取向：_____

☐ 政治派别（请说明）：_____

☐ 家暴受害人：_____

☐ 报复/打击报复（请说明）：_____

☐ 其他（请说明）：_____

9. 你认为发生此事的原因是什么？_____

10. 你是否有律师或其他代表来处理此投诉？ ☐ 是 ☐ 否

如果“是”，请在下方输入其信息：

姓名：_____ 电话：(____) _____

地址：_____ 城市：_____ 州：____ 邮编：_____

平等机会雇主/计划
可根据要求免费向残障人士提供辅助性协助和服务。

投诉编号：

11. 你是否曾向以下机构就此事提起诉讼或投诉？

☐ 美国司法部民权局

☐ 纽约州劳工部平等机会发展局

☐ 美国平等就业机会委员会

☐ 纽约州人权局

☐ 美国劳工部民权中心

☐ 联邦或州法院

☐ 其他：_____

12. 对于第 11 项中勾选的每个机构，请输入以下信息。

机构：_____

诉讼或投诉日期：_____

个案或案卷编号：_____

审判或听证日期：_____

机构或法院所在地：_____

调查员姓名：_____

个案状况：_____

备注：_____

机构：_____

诉讼或投诉日期：_____

个案或案卷编号：_____

审判或听证日期：_____

机构或法院所在地：_____

调查员姓名：_____

个案状况：_____

备注：_____

机构：_____

诉讼或投诉日期：_____

个案或案卷编号：_____

审判或听证日期：_____

机构或法院所在地：_____

调查员姓名：_____

个案状况：_____

备注：_____

机构：_____

诉讼或投诉日期：_____

个案或案卷编号：_____

审判或听证日期：_____

机构或法院所在地：_____

调查员姓名：_____

个案状况：_____

备注：_____

13. 本人证明，据本人所知，上述信息真实准确。

本人授权将此信息披露给执法机构，以便调查本人的投诉。

本人明白，本人身份将在遵守适用法律的最大限度内保密。

投诉人签名或代表签名（见第 10 项）：

_____ 日期：_____

平等机会雇主/计划

可根据要求免费向残障人士提供辅助性协助和服务。

投诉表到此结束。书写内容请勿超过此线。

----- 仅限纽约州劳工部员工使用 -----

A. 投诉类型。请勾选所有适用项: ☐ 薪资相关 ☐ 杀虫剂 ☐ 童工 ☐ 健康/安全
☐ 工作环境 ☐ 住房 ☐ 歧视 ☐ 其他: _____

B. ES 相关? ☐ 是 ☐ 否 如果“是”, 工作申请编号: _____
☐ 针对就业服务? ☐ 针对雇主? ☐ 涉嫌违反 ES 法规?
☐ 涉嫌违反雇佣法?
☐ 针对 NYS 劳工标准或 OSHA 执行法律的 MSFW 投诉?

C. MSFW? ☐ 是 ☐ 否

D. 针对州外雇主? ☐ 是 ☐ 否

E. H-2A/标准雇主? ☐ 美国国内劳动者 ☐ H-2A 劳动者 ☐ 薪资 ☐ 住房
☐ 交通 ☐ 餐食 ☐ 其他(请说明): _____

F. 转交至: ☐ NYS EO 办公室 ☐ ESA ☐ OSHA ☐ NYS Monitor Advocate
☐ NYS 劳工标准 ☐ 其他: 如果“其他”, 请输入以下信息:

机构名称: _____ 电话: (____) _____

地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

G. 是否跟进? ☐ 是 ☐ 否 如果“是”, ☐ 每月 ☐ 每季度 跟进日期: _____

备注: _____

投诉接收人: _____ 职位: _____

办公室: _____ 电话: (____) _____

签名: _____ 日期: _____

----- 仅限美国劳工部员工使用 -----

H. _____ 个案编号: _____

CRC 已收到 CIF: ☐ 已接受 ☐ 未接受

备注: _____

接收人: _____ 日期: _____

签名: _____ 日期: _____

平等机会雇主/计划
可根据要求免费向残障人士提供辅助性协助和服务。