

Formularz skargi dotyczący dyskryminacji pracowników w stanie Nowy Jork

Instrukcje: Użyj tego formularza, aby złożyć skargę na dyskryminację ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wyznanie/religię, wiek, niepełnosprawność, status wojskowy, aresztowanie/karalność, stan cywilny/rodzinny, predysponujące cechy genetyczne, ciążę i związane z nią warunki, status ofiary przemocy domowej, obywatelstwo lub status imigracyjny, płeć, molestowanie seksualne, orientację seksualną, tożsamość płciową, i/lub odwet.

Wypełnij i zwróć ten formularz do **Biura Stosunków z Pracownikami, Działu Dochodzeń Antydyskryminacyjnych**.

Sekcja 1: Informacje dotyczące osoby składającej skargę

Pełne imię i nazwisko

Preferowany adres e-mail (dla komunikacji związanej ze skargą)

Agencja/Pracodawca

Stanowisko/Jednostka biznesowa/Zakład

Harmonogram pracy (dni/godziny)

Lokalizacja/adres służbowy

telefonu służbowego

Adres domowy

telefonu prywatnego

Sekcja 2: Informacje dotyczące przełożonego

Imię i nazwisko bezpośredniego przełożonego

Stanowisko

Lokalizacja/adres służbowy

telefonu służbowego

Imię i nazwisko 2. przełożonego

Stanowisko

Lokalizacja/adres służbowy

telefonu służbowego

Sekcja 3: Szczegóły dotyczące skargi

1. Twoja skarga na dyskryminację dotyczy (zaznacz wszystkie opcje, które mają zastosowanie):

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rasy | <input type="checkbox"/> Wiek | <input type="checkbox"/> Stanu cywilnego/rodzinnego | <input type="checkbox"/> Płci |
| <input type="checkbox"/> Koloru skóry | <input type="checkbox"/> Niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> Predyspozycji genetycznych | <input type="checkbox"/> Molestowania seksualnego |
| <input type="checkbox"/> Pochodzenia | <input type="checkbox"/> Statusu wojskowego | <input type="checkbox"/> Cięży i związanych z nią dolegliwości | <input type="checkbox"/> Orientacji seksualnej |
| <input type="checkbox"/> Wyznania/Wiary | <input type="checkbox"/> Rejestru aresztowań/wyroków skazujących | <input type="checkbox"/> Statusu ofiary przemocy domowej | <input type="checkbox"/> Tożsamości płciowej |
| | | <input type="checkbox"/> Obywatelstwa lub statusu imigracyjnego | <input type="checkbox"/> Odwetu (za udział w działalności chronionej) |

2. Twoja skarga na dyskryminację składana jest przeciwko:

Imię i nazwisko 1

Stanowisko

Agencja

Zakład/adres miejsca pracy

Telefon służbowy

Relacja łącząca cię z tą osobą: Przełożony Współpracownik Podwładny Inna → Proszę określić:

Imię i nazwisko 2

Stanowisko

Agencja

Zakład/adres miejsca pracy

Telefon służbowy

Relacja łącząca cię z tą osobą: Przełożony Współpracownik Podwładny Inna → Proszę określić:



Formularz skargi dotyczący dyskryminacji pracowników w stanie Nowy Jork

Strona 2

3. Data (daty) wystąpienia dyskryminacji:

Czy dyskryminacja nadal ma miejsce?

Tak Nie

4. Proszę opisać domniemane postępowanie dyskryminacyjne oraz powody, dla których to postępowanie jest dyskryminujące. Proszę podać nazwiska świadków, jeśli są, i załączyć dokumenty potwierdzające, jeśli są dostępne. W razie potrzeby załączyć dodatkowe strony.

5. Czy złożyłeś wniosek dotyczący tej skargi do federalnej, stanowej lub lokalnej agencji rządowej?

Tak Nie

6. Czy w związku z tą skargą wszcząłeś postępowanie prawne lub sądowe?

Tak Nie

7. Czy wynająłeś adwokata w odniesieniu do zarzutów zawartych w skardze?

Tak Nie

8. Niniejszy formularz skargi został wypełniony przez:

- Osobę składającą skargę
 Przełożonego/Menedżera
 Urzędnika ds. antydyskryminacji:

Podpis

Data

Zwróć wypełniony formularz (listem lub drogą mailową)
do Biura Stosunków z Pracownikami, Działu Dochodzeń
Antydyskryminacyjnych:

Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@oer.ny.gov