Office of Employee Relations
Anti-Discrimination Investigations Division
Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@oer.ny.gov

নিউ ইয়ক স্টেট কমচারী বৈষম্যের অভিযোগের ফম

নির্দেশাবলী: জাতি, বর্ণ, কোন দেশে জন্ম, ধর্ম /ধর্ম বিশ্বাসী, বয়স, অক্ষমতা, সামরিক অবস্থা, গ্রেপ্তার/অপরাধী সাব্যস্ত হওয়া সংক্রান্ত রেকর্ড, বৈবাহিক/পারিবারিক অবস্থা, বংশগত কারণে কোনো রোগ/লক্ষণ, গর্ভাবস্থা এবং প্রাসঙ্গিক স্থিতি, গার্হস্থ্য সহিংসতার শিকার হওয়া ক্ষতিগ্রস্ত ব ক্তির স্থিতি, নাগিরকত্ব বা অভিবাসী স্ট াটাস, লিঙ্গ, যেযৌ ন হয়রানি, যেযৌ ন অভিযোজন, লিঙ্গ পিরচয়, এবং/অথবা প্রতিশোধ সংক্রান্ত ে কানো বৈষমে র অভিযোগ করার জন এই ফম টি ব বহার করুন।

এই ফম টি পূরণ করুন এবং (**Office of Employee Relations**) **অফিস অফ এমপ্লয়ি রিলশনস,** (**Anti Discrimination Investigations Division**) **অ ান্টি ডিসিক্রমিনেশন ইনেভিস্টগেশনস ডিভশেন** ফেরত দিন।

বিভাগ 1: অভিযোগকারীর তথ্য

পুরো নাম

পছন্দের ইমেল ঠিকানা (অভিযোগ সম্পর্কিত যোগাযোগের জন্য)

এজেন্সি/নিয়োগকারী

শিরোনাম/ব্যবসায়িক ইউনিট/সুবিধা

কাজের নিধারিত সময়সূচী (দিন/ঘণ্টা)

কাজের অবস্থান/ঠিকানা

কর্মক্ষেত্রের ফোন নম্বর #

বাড়ির ঠিকানা

ব্যক্তিগত ফোন #

বিভাগ 2: সুপারভাইজার সংক্রান্ত তথ্য

সুপারভাইজারের নাম যাকে রিপোর্ট করা হয়

শিরোনাম

কাজের অবস্থান/ঠিকানা

কর্মক্ষেত্রের ফোন নম্বর #

2য় স্তরের সুপারভাইজারের নাম

শিরোনাম

কাজের অবস্থান/ঠিকানা

কর্মক্ষেত্রের ফোন নম্বর #

বিভাগ 3: দাবির বিস্তারিত তথ

1. আপনার বৈষম্যের দাবি এর উপর ভিত্তি করে (প্রযোজ্য সমস্ত পরীক্ষা করুন):

- ☐ জাতি
- ☐ বর্ণ
- ☐ কোন দেশে জন্ম
- ☐ ধর্ম/ধর্মবিশ্বাস
- ☐ বয়স
- ☐ অক্ষমতা
- ☐ সামরিক অবস্থা
- ☐ গ্রেপ্তার/অপরাধী সাব্যস্ত হওয়া সংক্রান্ত রেকর্ড
- ☐ বৈবাহিক/পারিবারিক অবস্থা
- ☐ বংশগত কারণে কোনো রোগ/লক্ষণ
- ☐ গর্ভাবস্থা এবং প্রাসঙ্গিক অবস্থা
- ☐ গার্হস্থ্য সহিংসতার শিকার হওয়া ক্ষতিগ্রস্থ ব্যক্তির স্থিতি
- ☐ নাগরিকত্ব বা অভিবাসী স্ট্যাটাস
- ☐ লিঙ্গ
- ☐ যৌন হয়রানি
- ☐ যৌন অভিমুখীতা
- ☐ লিঙ্গ পরিচয়
- ☐ প্রতিশোধ (একটি সুরক্ষিত কার্যকলাপে জড়িত থাকার জন্য)

2. আপনার বৈষম্যের দিব যার বি া করা হেয়েছ:

নাম 1

শিরোনাম

এজেন্সি

কর্মশালা/ কর্মস্থান

কর্মক্ষেত্রের ফোন নম্বর

আপনার সাথে সম্পর্ক: ☐ তত্বাবধায়ক ☐ সহকর্মী ☐ অধস্তন ☐ অন্যান্য → অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন:

নাম 2

শিরোনাম

এজেন্সি

কর্মশালা/ কর্মস্থান

কর্মক্ষেত্রের ফোন নম্বর

আপনার সাথে সম্পর্ক: ☐ তত্বাবধায়ক ☐ সহকর্মী ☐ অধস্তন ☐ অন্যান্য → অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন:

অব্যাহত রয়েছে --->

নিউ ইয়র্ক স্টেট কর্মচারী বৈষম্য অভিযোগ ফর্ম

3. যে তারিখে বৈষম্য ঘটেছিল:

বৈষম্য কি এখনও চলছে?

☐ হ্যাঁ ☐ না

4. অনুগ্রহ করে অভিযোগ করা বৈষম্যমূলক আচরণ এবং আচরণটি বৈষম্যমূলক হওয়ার কারণ বর্ণনা করুন। অনুগ্রহ করে সাক্ষীদের নাম অন্তর্ভুক্ত করুন, যদি থাকে, এবং সমর্থনকারী ডকুমেন্টেশন সংযুক্ত করুন, যদি উপলব্ধ থাকে। যদি প্রয়োজন হয় তাহলে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন.

5. আপনি কি ফেডারেল, রাজ্য বা স্থানীয় সরকারী সংস্থার কাছে এই অভিযোগের বিষয়ে একটি দাবি দায়ের করেছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

6. আপনি কি এই অভিযোগের বিষয়ে কোনো আইনি মামলা বা আদালতের ব্যবস্থা নিয়েছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

7. আপনি কি অভিযোগে দায়ের করা নালিশের বিষয়ে কোনো অ্যাটর্নি নিয়োগ করেছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

8. এই অভিযোগ ফর্মটি এর দ্বারা পূরণ করা হয়েছে:

☐ অভিযোগকারী
☐ সুপারভাইজার/ ম্যানেজার
☐ বৈষম্যহীনতার কর্মকর্তা (অ্যান্টি ডিসক্রিমিনেশন অফিসার)

স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

সম্পূর্ণ ফর্মটি (ইমেল বা মেইলের মাধ্যমে)
অফিস অফ এমপ্লয়ি রিলেশনস, অ্যান্টি ডিসক্রিমিনেশন
ইনভেস্টিগেশন ডিভিশনে ফেরত পাঠান:

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