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

Formulaire de plainte pour discrimination à l'encontre d'un employé de l'État de New York

Instructions : Utilisez ce formulaire pour déposer une plainte pour discrimination fondée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, la croyance/religion, l'âge, le handicap, le statut militaire, le casier judiciaire, le statut civil/familial, les caractéristiques génétiques prédisposantes, la grossesse et les conditions connexes, le statut de victime de violence domestique, la citoyenneté ou le statut d'immigrant, le genre/sexe, le harcèlement sexuel, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, et/ou les représailles.

Complétez et renvoyez ce formulaire au **Bureau des relations avec les employés, Division des enquêtes anti-discrimination.**

Rubrique 1 : Informations sur le plaignant

Nom complet

Adresse électronique préférée (pour les communications relatives aux plaintes)

Agence/Employeur

Intitulé de poste/Unité commerciale/ site

Horaire de travail (jours/heures)

Adresse/Lieu de travail

N° de téléphone professionnel

Adresse du domicile

N° de téléphone personnel

Rubrique 2 : Relations hiérarchiques

Nom du superviseur immédiat

Intitulé de poste

Adresse/Lieu de travail

N° de téléphone professionnel

Nom du superviseur de 2ème niveau

Intitulé de poste

Adresse/Lieu de travail

N° de téléphone professionnel

Rubrique 3 : Détails de la plainte

1. Votre plainte pour discrimination est fondée sur (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

- ☐ La race
- ☐ La couleur de peau
- ☐ L'origine nationale
- ☐ La croyance/religion
- ☐ L'âge
- ☐ Le handicap
- ☐ Le statut militaire
- ☐ L'arrestation/le casier judiciaire
- ☐ La statut civil/familial
- ☐ Les caractéristiques génétiques prédisposantes
- ☐ La grossesse et les conditions connexes
- ☐ Le statut de victime de violence domestique
- ☐ La citoyenneté ou le statut d'immigrant
- ☐ Le genre/le sexe
- ☐ Le harcèlement sexuel
- ☐ L'orientation sexuelle
- ☐ L'identité de genre
- ☐ Les représailles (pour avoir exercé une activité protégée)

2. Votre plainte pour discrimination est faite à l'encontre de :

Nom 1

Intitulé de poste

Agence

Lieu du site/du travail

Téléphone professionnel

Hiérarchie: ☐ Superviseur ☐ Collègue ☐ Subordonné ☐ Autre → Veuillez préciser :

Nom 2

Intitulé de poste

Agence

Lieu du site/du travail

Téléphone professionnel

Hiérarchie : ☐ Superviseur ☐ Collègue ☐ Subordonné ☐ Autre → Veuillez préciser :

Suite --->

Formulaire de plainte pour discrimination à l'encontre d'un employé de l'État de New York

3. Date(s) de la discrimination :

La discrimination persiste-t-elle ?
☐ Oui ☐ Non

4. Veuillez décrire le comportement discriminatoire présumé et les raisons pour lesquelles ce comportement est discriminatoire. Veuillez indiquer le nom des témoins, le cas échéant, et joindre les documents justificatifs, s'ils sont disponibles. Joignez des pages supplémentaires, si nécessaire.

5. Avez-vous déposé une réclamation concernant cette plainte auprès d'une agence gouvernementale fédérale, étatique ou locale ? ☐ Oui ☐ Non

6. Avez-vous intenté une action en justice concernant cette plainte ? ☐ Oui ☐ Non

7. Avez-vous engagé un avocat pour répondre aux présomptions de la plainte ? ☐ Oui ☐ Non

8. Ce formulaire de plainte a été rempli par :
☐ Le plaignant
☐ Le superviseur/le responsable
☐ Le responsable de la lutte contre la discrimination

Signature

Date

Renvoyez le formulaire dûment rempli (par courrier électronique ou postal) au Bureau des relations avec les employés, division des enquêtes antidiscrimination :

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