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

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):

- ☐ Rasy
- ☐ Koloru skóry
- ☐ Pochodzenia
- ☐ Wyznania/Wiary
- ☐ Wieku
- ☐ Niepełnosprawności
- ☐ Statusu wojskowego
- ☐ Rejestru aresztowań/wyroków skazujących
- ☐ Stanu cywilnego/rodzinnego
- ☐ Predyspozycji genetycznych
- ☐ Ciąży i związanych z nią dolegliwości
- ☐ Statusu ofiary przemocy domowej
- ☐ Obywatelstwa lub statusu imigracyjnego
- ☐ Płci
- ☐ Molestowania seksualnego
- ☐ Orientacji seksualnej
- ☐ Tożsamości płciowej
- ☐ 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:

Cd -->

Formularz skargi dotyczący dyskryminacji pracowników w stanie Nowy Jork

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 wszczęłeś 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