Управление трудовых отношений,
Отдел антидискриминационных разбирательст
**Эмпаер Стейт Плаза Эдженси,**
**Здание 2**
**Олбани, штат Нью-Йорк 12223**
antidiscrimination@oer.ny.gov

# Форма жалобы на дискриминацию для сотрудников штата Нью-Йорк

**Инструкция:** Используйте эту форму, чтобы подать иск о дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, вероисповедания/религии, возраста, инвалидности, статуса военнообязанного, истории арестов или судимостей, семейного положения, предрасполагающих генетических характеристик, беременности и связанных с ней состояний, статуса жертвы домашнего насилия, гражданства или иммиграционного статуса, пола/гендера, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, а также если вы подвергаетесь сексуальным домогательствам и/или давлению в качестве ответных мер на критику.

Заполните и отправьте эту форму в **Управление трудовых отношений, Отдел антидискриминационных разбирательств.**

## Раздел 1: Информация о заявителе

**Полное имя**

**Предпочитаемый адрес электронной почты (для общения по вопросам, связанным с заявлением)**

**Агентство/Работодатель**

**Должность/Подразделение компании/Предприятие**

**График работы (дни/часы)**

**Местонахождение/адрес места работы**

**Рабочий телефон**

**Домашний адрес**

**Личный телефон**

## Раздел 2: Информация о руководителе

**Имя непосредственного руководителя**

**Должность**

**Местонахождение/адрес места работы**

**Рабочий телефон**

**Имя руководителя 2 уровня**

**Должность**

**Местонахождение/адрес места работы**

**Рабочий телефон**

## Раздел 3: Изложение исковых требований

**1. Ваше заявление о дискриминации основано на (отметьте все подходящие варианты):**

- ☐ Раса
- ☐ Цвет кожи
- ☐ Национальное происхождение
- ☐ Вероисповедание/религия
- ☐ Возраст
- ☐ Инвалидность
- ☐ Статус военнообязанного
- ☐ Прошлые аресты или судимости
- ☐ Семейное положение
- ☐ Предрасполагающие генетические характеристики
- ☐ Беременность и связанные с ней состояния
- ☐ Статус жертвы домашнего насилия
- ☐ Гражданством или иммиграционным статусом
- ☐ Пол/гендер
- ☐ Сексуальные домогательства
- ☐ Сексуальная ориентация
- ☐ Гендерная идентичность
- ☐ Ответные меры (за участие в защищенных законом действиях)

**2. Ваше заявление о дискриминации подано против**

**Имя 1**

**Должность**

**Организация**

**Местонахождение предприятия/места работы**

**Рабочий телефон**

**Кем приходится вам:** ☐ Руководителем ☐ Коллегой по работе ☐ Подчинённым ☐ Иное ⟶ Укажите, кем именно:

**Имя 2**

**Должность**

**Организация**

**Местонахождение предприятия/места работы**

**Рабочий телефон**

**Кем приходится вам:** ☐ РуРуководитель ☐ Коллега по работе ☐ Подчинённый ☐ Иное ⟶ Укажите, кем именно:

**Продолжение --->**

# Форма жалобы на дискриминацию для сотрудников штата Нью-Йорк



**3. Дата(-ы), когда имела место дискриминация:**

**Продолжается ли дискриминация в настоящее время?**

☐ Да ☐ Нет

**4. Пожалуйста, опишите предполагаемое дискриминационное поведение и причины, по которым это поведение является дискриминационным. Пожалуйста, укажите имена свидетелей, если таковые имеются, и приложите подтверждающую документацию, если таковая имеется. При необходимости, прикрепите дополнительные страницы.**

**5. Подали ли вы иск по поводу этой жалобы в федеральный орган власти, орган власти на уровне штата или местный орган власти?** ☐ Да ☐ Нет

**6. Подавали ли вы иск или инициировали ли вы судебное разбирательство по данной жалобе?** ☐ Да ☐ Нет

**7. Нанимали ли вы адвоката для работы по обвинениям, указанным в жалобе?** ☐ Да ☐ Нет

**8. Данная форма жалобы была заполнена:**

☐ Заявителем

☐ Руководителем/менеджером

☐ Уполномоченным по антидискриминационным вопросам

Подпись

Дата

Верните заполненную форму (по почте или по электронной почте) в Управление трудовых отношений, Отдел антидискриминационных разбирательств:

**Емпаер Стейт Плаза**
**Эдженси Здание 2**
**Олбани, штат Нью-Йорк 12223**
**antidiscrimination@oer.ny.gov**