Bureau des relations de travail du Gouverneur
Division des enquêtes sur les allégations de discrimination
Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@goer.ny.gov

Formulaire de plainte pour discrimination à l'encontre des employés dans l'État de New York

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

Veuillez remplir et retourner ce formulaire au **Bureau des relations de travail du Gouverneur, Division des enquêtes sur les allégations de discrimination.**

Section 1 : Renseignements sur le plaignant

Nom et prénom

Adresse électronique préférée (pour les communications liées à la plainte)

Agence / employeur

Poste occupé / unité commerciale / locaux

Horaire de travail (jours / heures)

Lieu de travail / adresse

Téléphone de bureau

Adresse du domicile

Téléphone personnel

Section 2 : Renseignements sur le superviseur

Nom et prénom du superviseur immédiat

Poste occupé

Lieu de travail / adresse

Téléphone de bureau

Nom et prénom du superviseur de 2e niveau

Poste occupé

Lieu de travail / adresse

Téléphone de bureau

Section 3 : Détails de l'allégation

1. Votre plainte se rapporte à la discrimination qui est fondée sur (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

- ☐ Race
- ☐ Couleur de la peau
- ☐ Origine nationale
- ☐ Croyance / religion
- ☐ Âge
- ☐ Handicap
- ☐ Statut militaire
- ☐ Arrestation / casier judiciaire
- ☐ Statut matrimonial / familial
- ☐ Caractéristiques génétiques prédisposantes
- ☐ Grossesse et conditions associées
- ☐ Statut d'une victi me de violence domestique
- ☐ Genre / sexe
- ☐ Harcèlement sexuel
- ☐ Orientation sexuelle
- ☐ Identité de genre
- ☐ Représailles (pour avoir exercé une activité protégée)

2. Votre plainte de discrimination est faite contre :

Nom et prénom 1

Poste occupé

Agence

Locaux / Lieu de travail

Téléphone de bureau

Lien avec vous : ☐ Superviseur ☐ Collègue ☐ Subalterne ☐ Autre → Veuillez préciser :

Nom et prénom 2

Poste occupé

Agence

Locaux / Lieu de travail

Téléphone de bureau

Lien avec vous : ☐ Superviseur ☐ Collègue ☐ Subalterne ☐ Autre → Veuillez préciser :

Suite -->

3. L'acte de discrimination a eu lieu le :

La discrimination continue-t-elle ?

☐ Oui ☐ Non

4. Veuillez décrire le comportement discriminatoire allégué et les raisons pour lesquelles le comportement est discriminatoire. Veuillez inclure le nom des témoins, le cas échéant, et joindre les pièces justificatives, le cas échéant. Veuillez joindre des pages supplémentaires si nécessaire.

5. Avez-vous déposé une réclamation concernant cette plainte auprès d'un organisme gouvernemental fédéral, régional ou local ? ☐ Oui ☐ Non

6. Avez-vous intenté une action ou une poursuite en justice liée à cette plainte ? ☐ Oui ☐ Non

7. Avez-vous engagé un avocat pour s'occuper des allégations qui font objet de la plainte ? ☐ Oui ☐ Non

8. Ce formulaire de plainte a été rempli par :

☐ Plaignant

☐ Superviseur / gérant

☐ Administrateur d'action positive

Signature

Date

Renvoyez le formulaire dûment rempli
(par courrier électronique ou par la poste)
au Bureau des relations de travail du Gouverneur,
Division des enquêtes sur les allégations
de discrimination :

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