Секретариат губернатора по вопросам отношений с наемными работниками (Governor's Office of Employee Relations) Отдел расследования случаев дискриминации (Anti Discrimination Investigations Division)

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

Форма жалобы на дискриминацию для работников штата Нью-Йорк

Инструкции: Используйте эту форму, чтобы подать жалобу на дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, вероисповедания / религии, возраста, инвалидности, отношения к воинской обязанности, истории арестов/судимостей, семейного положения, врожденных генетических особенностей, беременности и связанных с ней состояний, статуса жертвы семейного насилия, пола, сексуального домогательства, сексуальной ориентации, гендерной идентичности и/или возмездия.

Заполните форму и направьте ее в **Секретариат губернатора по вопросам отношений с наемными работниками, Отдел расследования случаев дискриминации.**

Раздел 1: Сведения о заявителе

ФИО

Предпочтительный адрес электронной почты (для связи по вопросам, связанным с жалобой)

Организация/работодатель

Должность/подразделение/отдел

График работы (дней/часов)

Место работы/рабочий адрес

№ рабочего телефона

Домашний адрес

№ телефона

Раздел 2: Сведения о непосредственном руководителе

ФИО непосредственного руководителя

Должность

Место работы/рабочий адрес

№ рабочего телефона

ФИО руководителя 2-го уровня

Должность

Место работы/рабочий адрес

№ рабочего телефона

Раздел 3: Подробные сведения о жалобе

1. Вы подали жалобу на дискриминацию по признаку (отметьте все применимые варианты):

- ☐ Раса
- ☐ Цвет кожи
- ☐ Национальное происхождение
- ☐ Вероисповедание/религия
- ☐ Возраст
- ☐ Инвалидность
- ☐ Отношение к воинской обязанности
- ☐ История арестов/судимостей
- ☐ Семейное положение
- ☐ Врожденные генетические особенности
- ☐ Беременность и связанные с ней состояния
- ☐ Статус жертвы семейного насилия
- ☐ Пол
- ☐ Сексуальное домогательство
- ☐ Сексуальная ориентация
- ☐ Гендерная идентичность
- ☐ Возмездие (за выполнение защищенной деятельности)

2. Вы подали жалобу на дискриминацию со стороны:

ФИО 1

Должность

Организация

Отдел/место работы

Рабочий телефон

Категория взаимоотношений с вами: ☐ руководитель ☐ коллега ☐ подчиненный ☐ другое → Пожалуйста, уточните:

ФИО 2

Должность

Организация

Отдел/место работы

Рабочий телефон

Категория взаимоотношений с вами: ☐ руководитель ☐ коллега ☐ подчиненный ☐ другое → Пожалуйста, уточните:

Продолжение --->

Форма жалобы на дискриминацию для работников штата Нью-Йорк

3. Дата возникновения случая дискриминации:

Дискриминация все еще продолжается?

☐ Да ☐ Нет

4. Опишите предполагаемое дискриминационное поведение и укажите причины, на основании которых вы считаете, что оно носит дискриминационный характер. Укажите имена свидетелей (если таковые имеются) и приложите любую подтверждающую документацию (при наличии). При необходимости используйте дополнительные страницы.

5. Подали ли вы жалобу в компетентный орган власти на федеральном уровне, уровне штата или муниципальном уровне? ☐ Да ☐ Нет

6. Подали ли вы иск / инициировали судебный процесс по данной жалобе? ☐ Да ☐ Нет

7. Наняли ли вы адвоката для представления ваших интересов в связи с выдвинутыми в данной жалобе обвинениями? ☐ Да ☐ Нет

8. Форма жалобы была заполнена:

☐ Заявитель

☐ Руководитель/линейный руководитель

☐ Сотрудник по вопросам ликвидации дискриминации

Подпись

Дата

Направьте заполненную форму (по электронной почте или обычным письмом) в Секретариат губернатора по вопросам отношений с наемными работниками (Governor's Office of Employee Relations), Отдел расследования случаев дискриминации (Anti Discrimination Investigations Division):

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