Ufficio del Governatore per le relazioni con i dipendenti
Divisione investigativa antidiscriminazione
Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@goer.ny.gov

Modulo di reclamo per discriminazione subita dai dipendenti dello Stato di New York

Istruzioni: Usi questo modulo per presentare un reclamo per discriminazioni basate su razza, colore, origine nazionale, credo/religione, età, disabilità, servizio militare, condanne penali/arresti subiti, stato civile/di famiglia, caratteristiche genetiche predisponenti, gravidanza e condizioni correlate, stato di vittima di violenza domestica, genere/sesso, molestie sessuali, orientamento sessuale, identità di genere e/o ritorsione.

Compili e restituisca questo modulo all' **Ufficio del Governatore per le relazioni con i dipendenti, Divisione investigativa antidiscriminazione.**

Sezione 1: Dati del querelante

Nome completo

Indirizzo email preferito (per comunicazioni sul reclamo)

Agenzia/Datore di lavoro

Titolo/Area aziendale/Stabilimento

Orario lavorativo (ore/giorni)

Sede/indirizzo di lavoro

N. telefono di lavoro

Indirizzo abitazione

N. telefono personale

Sezione 2: Dati del supervisore

Nome supervisore diretto

Titolo

Sede/indirizzo di lavoro

N. telefono di lavoro

Nome supervisore di secondo livello

Titolo

Sede/indirizzo di lavoro

N. telefono di lavoro

Sezione 3: Dettagli del reclamo

1. Il suo reclamo per discriminazione si basa su (spuntare tutti i criteri pertinenti):

- ☐ Razza
- ☐ Colore
- ☐ Origine nazionale
- ☐ Credo/religione
- ☐ Età
- ☐ Disabilità
- ☐ Servizio militare
- ☐ Condanne penali subite
- ☐ Stato civile
- ☐ Caratteristiche genetiche predisponenti
- ☐ Gravidanza e condizioni correlate
- ☐ Stato di vittima di violenza domestica
- ☐ Genere/sesso
- ☐ Molestie sessuali
- ☐ Orientamento sessuale
- ☐ Identità di genere
- ☐ Ritorsione (per avere partecipato ad attività protette)

2. Il suo reclamo per discriminazione è presentato contro:

Nome 1

Titolo

Agenzia

Stabilimento/sede di lavoro

N. telefono di lavoro

Relazione con Lei: ☐ Supervisore ☐ Collega ☐ Subordinato ☐ Altro → Specificare:

Nome 2

Titolo

Agenzia

Stabilimento/sede di lavoro

N. telefono di lavoro

Relazione con Lei: ☐ Supervisore ☐ Collega ☐ Subordinato ☐ Altro → Specificare:

Prosegue --->

Modulo di reclamo per discriminazione subita dai dipendenti dello Stato di New York

3. Data/e in cui si è verificata la discriminazione:

La discriminazione sta proseguendo?

☐ Sì ☐ No

4. Descriva la presunta condotta discriminatoria e i motivi per cui la condotta la discrimina. Includa i nomi dei testimoni, se pertinente, e alleghi l'eventuale documentazione di supporto. Se necessario, alleghi pagine aggiuntive.

5. Lei ha presentato reclamo per questo episodio presso un ente governativo federale, statale o locale? ☐ Sì ☐ No

6. Lei ha avviato un'azione legale o giudiziaria riguardo a questo episodio? ☐ Sì ☐ No

7. Lei ha assunto un legale per le accuse esposte nel reclamo? ☐ Sì ☐ No

8. Questo modulo di reclamo è stato compilato da:

☐ Querelante

☐ Supervisore/Responsabile

☐ Amministratore azione positiva

Firma

Data

Restituisca il modulo compilato (per corrispondenza o tramite e-mail) all' Ufficio del Governatore per le relazioni con i dipendenti, Divisione investigativa antidiscriminazione:

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