NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Department of Labor

Division of Equal Opportunity Development
Harriman State Office Campus
Building 12, Room 540
Albany, NY 12240
www.labor.ny.gov

Complaint Number: _____

Formulari i Ankesës, përfshirë ankesat ndaj diskriminimit

Përdorni këtë formular për të paraqitur një ankesë, përfshirë ankesa ndaj diskriminimit, pranë Sektorit të Zhvillimit të Mundësisë së Barabartë. Ankesa mund të jetë ndaj: një punëdhënësi publik ose privat, punonjësi, kompanie ose agjencie, përfshirë Departamentin e Punës të Shtetit të Nju Jorkut ose individëve apo njësive të tjera

Emri dhe informacioni juaj do të mbahet konfidencial deri në masën më të plotë të ligjit.

Për më shumë informacion shkoni tek: https://www.labor.ny.gov/equal-opportunity ose telefononi: (518) 457-9000 ose (888) 469-7365. Telefononi (800) 662-1220 for TTY/TTD. Njerëzit me pa-aftësi mund të përdorin shërbimet e Kalimit të Shtetit të Nju Jorkut. Në NYC, telefononi 211; në të gjitha pjesët e tjera të Shtetit, telefononi 711.

Udhëzime: Duhet të paraqisni ankesën tuaj ndaj marrësve të Ligjit mbi Mundësitë e Inovacionit në Forcën e Punës (WIOA) brenda 180 ditëve nga kur ndodhi incidenti. Ligji mbi të Drejtat e Njeriut, megjithatë, deklaron se një ankesë mund të paraqitet brenda një viti të plotë nga data që ka ndodhur."

- Për të gjitha ankesat, ju lutemi plotësoni numrat 1 deri në 7 dhe numrin 13.
- Nëse mendoni se jeni diskriminuar, ju lutemi plotësoni numrin 1 deri në 13.
- Dërgoni me postë formularin e mbushur dhe të nënshkruar dhe çdo dokument mbështetës në adresën e mësipërme.

  Vini re: Personi që bën ankesën ose përfaqësuesi i tyre (shihni numrin 10) duhet të nënshkruajë dhe të vendosë datën në numrin 13.
- Nëse nevojitet, personi që trajton ankesën tuaj do t'ju ndihmojë të plotësoni këtë formular.

1. Informacioni i ankuesit (personi që bën ankesën):

Emri: _____ Iniciali i mesit: ___ Mbiemri: _____

Adresa: _____

Qyteti: _____ Shteti: ____ Kodi postar: _____

Numri i Sigurimeve Sociale: _ _ _ - _ _ - _ _ _ _ Telefoni në shtëpi: (___)_____ Telefoni në punë: (___)_____

Adresa e emailit: _____

A jeni një punonjës i Departamentit të Punës të Shtetit të Nju Jorkut? ☐ Po ☐ Jo

2. Informacioni i të paditurit (agjencia, punëdhënësi ose punonjësi për të cilin po ankoheni):

Emri: _____

Adresa: _____

Qyteti: _____ Shteti: ____ Kodi postar: _____

Telefoni: (____)_____

3. Cila është koha më e leverdisshme që ne t'ju kontaktojmë për këtë ankesë? _____ ☐ Paradite ☐ Pasdite

4a – 4d. Përshkruani shkurtimisht ankesën tuaj. Jini sa më të qartë që të jetë e mundur. Nëse besoni se jeni diskriminuar, ju lutemi përshkruajeni sesi, me hollësi. Shtoni faqe të tjera, nëse nevojiten. Gjithashtu, shtoni çdo material me shkrim që ka lidhje me rastin tuaj.

4a. Ç'farë ndodhi? Ju lutemi përfshni ku ndodhi.

_____

_____

_____

Complaint Number: _____

4b. Kush ishte i përfshirë? Përfshini dëshmitarët, kolegët e punës, përgjegjësit ose të tjerë. Jepni emrin, adresën dhe numrin e telefonit, nëse e dini.

_____

_____

_____

4c. Kur ndodhi ose në cilën datë? _____

4d. Si u trajtuat ndryshe?

_____

_____

_____

_____

5. Si do të dëshironi që të zgjidhet kjo ankesë?

_____

_____

6. A ju ofruan shërbime të punësimit? ☐ Po ☐ Jo

7. **A mendoni se jeni diskriminuar?** ☐ **Po (Nëse "Po," plotësoni numrart 1 deri në 13)**
☐ **Jo (Nëse "Jo," kaloni tek numri 13)**

8. Si u diskriminuat? Vendosni një shenjë tek të gjitha ato që kanë lidhje dhe futni informacionin e kërkuar.

☐ Raca (përcaktoni): _____
☐ Ngjyra (përcaktoni): _____
☐ Feja (përcaktoni): _____
☐ Origjina kombëtare (përcaktoni): _____
☐ Gjinia: ☐ Mashkull ☐ Femër
☐ Të dhënat për arrestimin & shpalljen fajtor (përcaktoni): _____
☐ Pa-aftësia (përcaktoni): _____
☐ Gjendja martesore (përcaktoni): _____
☐ Shtetësia (përcaktoni): _____
☐ Ngacmimi seksual: _____

☐ Predispozita gjenetike & statusi i transmetimit (përcaktoni): _____
☐ Statusi i veteranit (përcaktoni): _____
☐ Mosha (Futni datën e lindjes): _____
☐ Orientimi seksual: _____
☐ Përkatësia politike (përcaktoni): _____
☐ Viktimë e dhunës shtëpiake: _____
☐ Masa ndëshkimore/hakmarrja (përcaktoni): _____
☐ Tjetër (përcaktoni): _____

9. Pse mendoni se ndodhi kjo? _____

_____

10. A keni një avokat ose përfaqësues tjetër për këtë ankesë? ☐ Po ☐ Jo

Nëse "Po," ju lutemi futni informacionin e tyre poshtë:

Emri: _____ Telefoni: (____)_____

Adresa: _____ Qyteti: _____ Shteti:____ Kodi:_____

Programi/Punëdhënësi i Mundësisë së Barabartë
Ndihma dhe shërbime shtesë janë të disponueshme sipas kërkesës për individë me pa-aftësi.

Complaint Number: _____

11. A keni paraqitur një rast ose ankesë për këtë incident me ndonjë nga sa më poshtë?
    - ☐ Departamenti i Drejtësisë së SHBA-së, Sektori i të Drejtave Civile
    - ☐ Departamenti i Punës i NYS, Sektori i Zhvillimit të Mundësisë së Barabartë
    - ☐ Komisioni i SHBA-së për Mundësinë e Punësimit të Barabartë
    - ☐ Sektori i të Drejtave të Njeriut i NYS
    - ☐ Departamenti i Punës i SHBA-së, Qendra e të Drejtave Civile
    - ☐ Gjykata federale ose shtetërore
    - ☐ Tjetër: _____

12. Për secilën agjenci të seleksionuar në numrin 11, ju lutemi futni informacionin e mëposhtëm:

Agjencia: _____
Data e paraqitur: _____
Numri i rastit ose listës: _____
Data e gjyqit ose seancës: _____
Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës: _____
Emri i hetuesit: _____
Gjendja e rastit: _____
Komente: _____
_____
_____

Agjencia: _____
Data e paraqitur: _____
Numri i rastit ose listës: _____
Data e gjyqit ose seancës: _____
Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës: _____
Emri i hetuesit: _____
Gjendja e rastit: _____
Komente: _____
_____
_____

Agjencia: _____
Data e paraqitur: _____
Numri i rastit ose listës: _____
Data e gjyqit ose seancës: _____
Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës: _____
Emri i hetuesit: _____
Gjendja e rastit: _____
Komente: _____
_____
_____

Agjencia: _____
Data e paraqitur: _____
Numri i rastit ose listës: _____
Data e gjyqit ose seancës: _____
Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës: _____
Emri i hetuesit: _____
Gjendja e rastit: _____
Komente: _____
_____
_____

13. **Verifikoj** se informacioni më sipër është i vërtetë dhe i saktë sipas njohurisë time më të mirë.

    Autorizoj dhënien e këtij informacioni agjencive të zbatimit të ligjit për hetimin e ankesës time.

    E kuptoj se identiteti im do të mbahet konfidencial der në masën maksimale të mundshme në përputhje me ligjin(et) e zbatueshëm(me).

    Firma e ankuesit ose firma e përfaqësuesit (shihni numrin 10):
    _____ Data: _____

Programi/Punëdhënësi i Mundësisë së Barabartë
Ndihma dhe shërbime shtesë janë të disponueshme sipas kërkesës për individë me pa-aftësi.

Ky është fundi i formularit të ankesës. Mos shkruani nën këtë vijë.

Kjo faqe është vetëm për përdorimin zyrtar.

Complaint Number: _____

---------- For New York State Department of Labor Staff Only ----------

A. Type of complaint. Check all that apply: ☐ Wage related ☐ Pesticides ☐ Child labor ☐ Health/Safety
☐ Working conditions ☐ Housing ☐ Discrimination ☐ Other: _____

B. ES related? ☐ Yes ☐ No If "Yes," Job Order Number: _____
☐ Against employment service? ☐ Against employer? ☐ Alleged violation of ES regulations?
☐ Alleged violation of employment laws?
☐ MSFW with complaint concerning laws enforced by NYS Labor Standards or OSHA?

C. MSFW? ☐ Yes ☐ No

D. Out of state employer? ☐ Yes ☐ No

E. H-2A/Criteria employer? ☐ US domestic worker ☐ H-2A worker ☐ Wages ☐ Housing
☐ Transportation ☐ Meals ☐ Other (specify): _____

F. Referred to: ☐ NYS EO Officer ☐ ESA ☐ OSHA ☐ NYS Monitor Advocate
☐ NYS Labor Standards ☐ Other: If "Other," enter the following information:

Agency name: _____ Phone: (____)_____

Address: _____ City: _____ State: ____ Zip: _____

G. Follow up? ☐ Yes ☐ No If "Yes," ☐ Monthly ☐ Quarterly Follow up date: _____

Comments: _____

_____

_____

_____

Complaint received by: _____ Title: _____

Office: _____ Phone: (____)_____

Signature: _____ Date: _____

---------- For United States Department of Labor Staff Only ----------

H. **Case Number**: _____

CIF received by CRC: ☐ Accepted ☐ Not accepted

Comments: _____

_____

_____

_____

Received by: _____ Date: _____

Signature: _____ Date: _____

Programi/Punëdhënësi i Mundësisë së Barabartë
Ndihma dhe shërbime shtesë janë të disponueshme sipas kërkesës për individë me pa-aftësi.