

Департамент по развитию наемного труда Форма жалобы на дискриминацию

Просим использовать эту форму для подачи жалобы на дискриминацию в Департамент по развитию наемного труда (EDD). Чтобы подать жалобу, заполните эту форму и отправьте ее в службу обеспечения равных возможностей трудоустройства (EEO).

По почте: Employment Development Department
Equal Employment Opportunity Office
PO Box 826880, MIC 49
Sacramento, CA 94280-0001

По факсу: 1-916-654-9371
Адресат: Equal Employment Opportunity
Office

1. Сведения о заявителе:

	Домашний телефон: _____
	Рабочий телефон: _____
	Мобильный телефон: _____
Имя и фамилия: _____	
Адрес (дом, улица): _____	
Город: _____	Эл. почта: _____
Штат: _____	Почтовый индекс: _____

2. Контактная информация заявителя:

В какое время (с 8.00 до 17.00) с вами можно связаться по поводу этой жалобы?

День недели	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница
Время					
Телефон					

3. Контактная информация лица/лиц, которые, по вашему мнению, допустили дискриминацию по отношению к вам:

Укажите название организации, в которой работают эти лица:

Имена и фамилии лиц, которые допустили дискриминацию по отношению к вам:		
Адрес лица/лиц/организации:		
Город: _____	Штат: _____	Почтовый индекс: _____
Телефон: _____		
Дата первого инцидента: _____		Дата последнего инцидента: _____

4. Описание инцидента:

- Коротко опишите, что произошло и каким образом вас подвергли дискриминации.
- Укажите даты инцидентов.
- Укажите, кто именно допустил дискриминацию по отношению к вам. По возможности укажите имена, фамилии и должности.
- Если к другим людям относились иначе, нежели к вам, расскажите, в чем это выражалось.
- Приложите документы, которые могут помочь нам лучше понять суть вашей жалобы.

5. Перечислите ниже всех лиц (свидетелей), с которыми мы можем связаться для получения дополнительной информации с целью подтверждения или понимания сути жалобы.

Имя и фамилия	Адрес	Телефон

6. Основания для дискриминации:

- Отметьте тип дискриминации, которой вы подверглись, например, по возрасту, расе, цвету кожи, национальному происхождению, инвалидности и т. д.
- Если вы считаете, что речь идет о нескольких факторах, поставьте несколько флажков.

<input type="checkbox"/> Возраст – <i>дата рождения</i> :	<input type="checkbox"/> Гражданство или статус иностранного рабочего в США
<input type="checkbox"/> Цвет кожи	<input type="checkbox"/> Инвалидность
<input type="checkbox"/> Национальное происхождение (включая ограниченное владение английским языком)	<input type="checkbox"/> Политическая принадлежность или убеждения
<input type="checkbox"/> Возмездие	<input type="checkbox"/> Религиозная принадлежность
<input type="checkbox"/> Раса – <i>укажите расу</i> :	<input type="checkbox"/> Сексуальные домогательства
<input type="checkbox"/> Пол (включая беременность, роды и сопутствующие заболевания, половые стереотипы, трансгендерный статус и гендерную идентичность/самовыражение)	<input type="checkbox"/> Сексуальная ориентация
	<input type="checkbox"/> Другое (<i>укажите</i>):

7. Вы ранее подавали жалобу против этого лица/лиц/организации?

Да Нет

Если **ДА**, ответьте на вопросы ниже.

- a. Ваша жалоба была изложена в письменной форме? Да Нет
- b. Какого числа вы подали жалобу?
- c. Название подразделения, куда вы подавали жалобу:

Адрес:

Город: Штат: Почтовый индекс:

Телефон: Имя контактного лица (*если оно известно*):

- d. Вам предоставили окончательное решение или отчет? Да Нет

Если вы отметили ответ «**ДА**», приложите копию жалобы.

8. Выбор личного представителя:

- Вы можете принять решение о том, чтобы другое лицо представляло вас при рассмотрении этой жалобы. Это может быть родственник, друг, представитель профсоюза, адвокат или кто-либо еще.
- Если вы решите назначить представителя, все наше общение с вами будет осуществляться через него.

Вы хотите поручить личному представителю рассмотрение этой жалобы? Да Нет

Если **ДА**, заполните раздел ниже. Если **НЕТ**, перейдите к Разделу 9.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ ЛИЧНОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ

Я хочу уполномочить указанное ниже лицо выступать от моего имени в качестве моего личного представителя в таких вопросах, как медиация, конференции по урегулированию или расследование в отношении этой жалобы.

Имя и фамилия:

Я адвокат, представляющий заявителя. Я не являюсь адвокатом, представляющим заявителя.

Почтовый адрес:

Город: Штат: Почтовый индекс:

Телефон: Факс:

Эл. почта:

9. Альтернативное разрешение споров (ADR), также известное как медиация.

Уведомление. Вы должны указать, желаете ли вы передать жалобу на медиацию. EEO Office не может начать обработку вашей жалобы, пока вы не сделаете выбор. Отметьте вариант **ДА** или **НЕТ** в полях ниже.

- Медиация является альтернативой проведения расследования по вашей жалобе.
- При медиации ни одна из сторон ничего не теряет.
- Стороны жалобы рассматривают факты, обсуждают мнения на счет фактов и стремятся к заключению соглашения, удовлетворяющего обе стороны.
 - Согласие на медиацию не является признанием отсутствия вины лица/лиц или организации, которые, согласно вашей жалобе, проявляли дискриминацию по отношению к вам.
 - Медиация проводится обученным, квалифицированным и беспристрастным медиатором.
 - Вы (или ваш представитель) имеете право вести переговоры по удовлетворительному соглашению.
 - *Условия соглашения подписываются заявителем и лицом/лицами/организацией, которые, согласно жалобе, проявляли в отношении вас дискриминацию.*
 - *Соглашение является юридически обязательным для обеих сторон.*
 - Если соглашение не будет достигнуто, начнется официальное расследование.
 - Несоблюдение условий соглашения приведет к официальному расследованию.
 - Если станет известно о применении мер возмездия, также будет открыто официально расследование.
- Вы хотите передать вашу жалобу на медиацию?
(Поставьте отметку только в одном поле)

ДА, я хочу передать жалобу на медиацию. **НЕТ**, проводите расследование.

10. Подпись заявителя:

Ваша подпись на этой форме инициирует обработку этой жалобы. Подписывая эту форму, вы заявляете, с пониманием уголовной ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, что, насколько вам известно, изложенная в ней информация является достоверной и правильной.

Подпись:

Дата:

EDD обеспечивает равные возможности трудоустройства. Вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью предоставляются по запросу. Запросы о предоставлении услуг, вспомогательных средств и (или) документов в альтернативных форматах следует направлять по телефону 1-916-654-8434 (голосовой номер). Пользователей линии TTY просим обращаться в службу California Relay Service по номеру 711.