Office of Employee Relations
Anti-Discrimination Investigations Division
Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@oer.ny.gov

نیویارک اسٹیٹ کا ملازم کے ساتھ امتیازی سلوک کا شکایتی فارم

ہدایات: اس فارم کا استعمال نسل، رنگ، قومیت، مسلک/مذہب، عمر، معذوری، فوجی حیثیت، گرفتاری/مجرمانہ سزا کا ریکارڈ، ازدواجی/خاندانی حیثیت، امراضی جینیاتی خصوصیات، حمل اور متعلقہ حالات، گھریلو تشدد کا شکار ہونے کی کیفیت، شہریت یا امیگریشن کی کیفیت، صنف/جنس، جنسی ہراسانی، جنسی رجحان، صنفی شناخت، اور/یا انتقام کی بنیاد پر امتیازی سلوک کا دعویٰ دائر کرنے کے لئے کریں۔
اس فارم کو مکمل کریں اور **آفس آف ایمپلائی ریلیشنز، اینٹ ڈسکریمینیشن انویسٹی گیشنز ڈویژن کو** واپس کریں۔

سیکشن 1: شکایت کنندہ کی معلومات

پورا نام

ترجیح شدہ ای میل پتہ (شکایت سے متعلق کمیونیکشنز)

ایجنسی/آجر

ٹائٹل/کاروباری یونٹ/فیسلٹی

کام کا شیڈیول (دن/گھنٹے)

ملازمت گاہ کا مقام/پتہ

لازمت گاہ کا فون #

گھر کا پتہ

ذاتی فون #

سیکشن 2: سپروائزر کی معلومات

ڈائریکٹ سپروائزر کا نام

عہدہ

ملازمت گاہ کا مقام/پتہ

لازمت گاہ کا فون #

ثانوی درجے کے سپروائزر کا نام

عہدہ

ملازمت گاہ کا مقام/پتہ

لازمت گاہ کا فون #

سیکشن 3: دعوے کی تفصیلات

1.آپ کا امتیازی سلوک کا دعویٰ اس پر مبنی ہے(تمام قابل اطلاق آپشنز پر نشان لگائیں):

- ☐ نسل
- ☐ رنگ
- ☐ قومی نسب
- ☐ عقیدہ/مذہب
- ☐ عمر
- ☐ معذوری
- ☐ فوجی حیثیت
- ☐ گرفتاری/مجرمانہ سزا کا ریکارڈ
- ☐ ازدواجی/خاندانی حیثیت
- ☐ امراضی جینیاتی خصوصیات
- ☐ حمل اور متعلقہ حالات
- ☐ گھریلو تشدد کا شکار ہونے کی کیفیت
- ☐ شہریت یا امیگریشنکی حیثیت
- ☐ جنس/صنف
- ☐ جنسی ہراسانی
- ☐ جنسی رجحان
- ☐ صنفی شناخت
- ☐ انتقامی کارروائی (تحفظاتی اقدام میں شامل ہونے پر

2. آپ کا امتیازی سلوک کا دعویٰ کس کے خلاف ہے:

نام 1

عہدہ

ایجنسی

فیسلٹی/ملازمت گاہ کا مقام

ملازمت گاہ کا فون

آپ کے ساتھ تعلق: ☐ سپروائزر ☐ ساتھی کارکن ☐ ماتحت ☐ دیگر ← راہ مہربانی وضاحت کریں:

نام 2

عہدہ

ایجنسی

فیسلٹی/ملازمت گاہ کا مقام

ملازمت گاہ کا فون

آپ کے ساتھ تعلق: ☐ سپروائزر ☐ ساتھی کارکن ☐ ماتحت ☐ دیگر ← براہ مہربانی وضاحت کریں:

جاری --->

نیویارک اسٹیٹ کا ملازم کے ساتھ امتیازی سلوک کا شکایتی فارم

3.تاریخ (تاریخیں) جب امتیازی سلوک کا واقعہ ہوا:

کیا امتیازی سلوک جاری ہے؟

☐ ہاں ☐ نہیں

.4

.5 کیا آپ نے اس شکایت کے بارے میں وفاقي، رياستي یا مقامی حکومتي ایجنسی کے پاس کوئي دعوی دائر کیا ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

.6 کیا آپ نے اس‌شکایت کے حوالے سے کسی قانوني مقدمے یا عدالتي کارروائي‌کا آغاز کیا ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

.7 کیا آپ نے شکایت کے میں لگائے گئے الزامات کے حوالے سے کسی وکیل کی خدمات حاصل کی ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

.8 اس شکایت فارم کو مکمل کرنے والے کا نام:

☐ شکایت کنندہ

☐ سپروائزر/منیجر

☐ امتیازی سلوک سے تحفظ کا آفیس

دستخط

تاریخ

مکمل شدہ فارم (بذریعہ ای میل یا ڈاک) ملازم ں ز ی کے تعلقات کے دف یپ، انسداد امتیازی سلوک کے تحقیقاتی ڈویژنکو واپسکریں

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