

カリフォルニア州雇用開発局 差別に関する苦情申し立てフォーム

このフォームを使用して、カリフォルニア州雇用開発局（EDD）に差別に関する苦情申し立てを行ってください。差別に関する苦情申し立てを提出するには、このフォームに記入して、平等雇用機会（EEO）課に提出してください。

郵送先： Employment Development Department
Equal Employment Opportunity Office
PO Box 826880、MIC 49
Sacramento、CA 94280-0001

ファックス番号： 1-916-654-9371
宛先： Equal Employment Opportunity Office

1. 申立人の情報：	
氏名： _____	自宅の電話番号： _____
住所： _____	職場の電話番号： _____
市： _____	携帯電話の番号： _____
州： _____	Eメールアドレス： _____
	郵便番号： _____

2. 申立人の連絡先情報：						
営業時間中（午前 8 時から午後 5 時）にこの申し立てについて電話でご連絡するのにご都合のよい時間はいつですか？						
曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	
時間						
電話番号						

3. あなたに対して差別をした人の連絡先情報：		
その人が勤務する企業名：		
あなたに対して差別をした人の氏名：		
その人/企業の住所：		
市： _____	州： _____	郵便番号： _____
電話番号：		
初めて差別を受けた日：		直近で差別を受けた日：

4.その出来事について教えてください：

- 何が起こったか、そしてどのような差別を受けたか簡単に説明してください。
- その出来事があった日にちを記載してください。
- 誰から差別を受けたか記載してください。可能であれば、氏名と役職も記載してください。
- 他の人は、あなたとは違う扱いを受けている場合、どう違うのかを説明してください。
- あなたの申し立てについて、より理解するのに役立つと思う書類があれば添付してください。

5.申し立てをサポートまたは明確にするために必要な追加情報を得るために連絡できる可能性のある人（目撃者）を以下に記入してください。

氏名	住所	電話番号

6.差別の根拠について：

- 年齢、人種、肌の色、出身国、障害など、経験した差別の種類にチェックをしてください。
- 複数の根拠が関係していると思われる場合は、複数にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 年齢 – 生年月日：	<input type="checkbox"/> 市民権または外国人米国労働者としてのステータス
<input type="checkbox"/> 肌の色	<input type="checkbox"/> 障害
<input type="checkbox"/> 出身国（英語力の低さを含む）	<input type="checkbox"/> 政治的所属または信念
<input type="checkbox"/> 報復	<input type="checkbox"/> 宗教
<input type="checkbox"/> 人種 – 人種を記入：	<input type="checkbox"/> セクシャルハラスメント
<input type="checkbox"/> 性別（妊娠、出産、および関連する病状、性別のステレオタイプ、トランスジェンダーのステータス、性同一性/表現を含む）	<input type="checkbox"/> 性的指向
	<input type="checkbox"/> その他（具体的に）：

7.この人/企業に対して以前にも苦情申し立てを行いましたか？

はい いいえ

「はい」と回答した場合、以下の質問にお答えください。

a. その申し立ては書面で行いましたか？ はい いいえ

b. その苦情申し立てをいつ提出しましたか？

c. 苦情を申し立てた事務所の名前：

住所：

市： 州： 郵便番号：

電話番号： 担当者名（分かる場合）：

d. 最終決定またはレポートが提供されましたか？ はい いいえ

「はい」にチェックを入れた場合、苦情申し立てフォームのコピーを添付してください。

8.代理人の選定：

- この苦情申し立てに対処する際に、他の誰かにあなたの代理人となってもらうことを選択できます。親戚、友人、組合代表、弁護士やその他の誰かに代理人になってもらうことができます。
- あなたが代理人に誰かを任命することを選択した場合、私たちとのコミュニケーションのすべては代理人を通して行われます。

この苦情を処理するために代理人を承認しますか？ はい いいえ

「はい」と回答した場合、以下のセクションを記入してください。「いいえ」と回答した場合、セクション9へと移りません。

代理人の承認

私は、調停、和解会議、またはこの苦情申し立てに関する調査などの問題において、私の代理人として以下に特定された個人が行動することを許可いたします。

氏名：

私は申立人を代表する弁護士です。 私は申立人を代表する弁護士ではありません。

住所：

市： 州： 郵便番号：

電話番号： ファックス：

Eメールアドレス：

9.調停とも呼ばれる裁判外紛争解決手続（ADR）。

注記： 今回の件を調停したいかどうかを示す**必要があります**。あなたがこの選択をするまで、EEO 課はあなたの苦情申し立ての処理を開始できません。下のスペースで「はい」または「いいえ」にチェックを入れてください。

- 調停は、苦情申し立てを調査する代わりにの方法です。
- どちらの当事者も仲介によって何も失うことはありません。
- 苦情申し立ての当事者は、事実を確認し、事実についての意見を話し合い、両者にとって満足のいく合意を目指します。
 - 調停への同意は、あなたが差別を受けたと主張する個人/企業による有罪の不作为ではありません。
 - 調停は、研修を受けた資格のある公平な調停人によって行われます。
 - あなた（または代理人）には、満足のいく合意を交渉するための権限があります。
 - 合意条件は、申立人と、あなたを差別したと主張する個人/企業によって署名されます。
 - 合意は、両当事者を法的に拘束します。
 - 合意に達しない場合は、正式な調査が開始されます。
 - 取り決めに順守できない場合は、正式な調査が行われます。
 - 報復が報告された場合、正式な調査が開始されます。
- 苦情申し立てを調停しますか？
(どちらかにチェックを入れてください)

はい、調停を希望します。

いいえ、調査を希望します。

10.申立人の署名：

このフォームに署名すると、この苦情申し立ての処理が開始されます。このフォームに署名すると、偽証罪の罰則の下で、記載した情報が真実であり、あなたの知識または信念の範囲内で正しいことを宣言していることとなります。

署名：

日付：