

ฝ่ายพัฒนาการจ้างงาน แบบฟอร์มการร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ

โปรดใช้แบบฟอร์มนี้เพื่อยื่นเรื่องการร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติต่อฝ่ายพัฒนาการจ้างงาน (EDD)

หากต้องการยื่นเรื่องการร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ

ให้กรอกแบบฟอร์มนี้และส่งไปที่สำนักงานโอกาสการจ้างงานที่เท่าเทียมกัน (EEO)

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

ทางโทรสาร: 1-916-654-9371
ส่งถึง: Equal Employment Opportunity Office

1. ข้อมูลผู้ร้องเรียน:	
ชื่อ: _____	โทรศัพท์บ้าน: _____
ที่อยู่ถนน: _____	โทรศัพท์ที่ทำงาน: _____
เมือง: _____	โทรศัพท์มือถือ: _____
รัฐ: _____	รหัสไปรษณีย์: _____
อีเมล: _____	

2. ข้อมูลติดต่อผู้ร้องเรียน:					
เวลาที่สะดวกในระหว่างเวลาทำการ (8.00 น. ถึง 17.00 น.) ในการติดต่อคุณทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการร้องเรียนนี้คือเมื่อใด					
วัน	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์
เวลา					
หมายเลขโทรศัพท์					

3. ข้อมูลติดต่อของบุคคลที่คุณอ้างว่ามีการเลือกปฏิบัติกับคุณ:		
ระบุชื่อของหน่วยงานที่บุคคลนั้นทำงานอยู่:		
ชื่อบุคคลที่มีการเลือกปฏิบัติกับคุณ:		
ที่อยู่ของบุคคล/หน่วยงาน:		
เมือง: _____	รัฐ: _____	รหัสไปรษณีย์: _____
โทรศัพท์: _____		
วันที่เกิดขึ้นครั้งแรก: _____		วันที่เกิดขึ้นล่าสุด: _____

4. บอกเราเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น:

- อธิบายสั้นๆ ว่าเกิดอะไรขึ้นและคุณถูกเลือกปฏิบัติอย่างไร
- ระบุวันที่เมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้น
- ระบุให้ชัดเจนว่าใครที่มีการเลือกปฏิบัติกับคุณ รวมถึงชื่อและตำแหน่ง หากทำได้
- หากคนอื่นได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคุณ ให้บอกเราว่าคนอื่นๆ นั้นได้รับการปฏิบัติแตกต่างออกไปอย่างไร
- แนบเอกสารใดๆ ที่คุณคิดว่าอาจช่วยให้เราเข้าใจการร้องเรียนของคุณได้ดีขึ้น

5. โปรดระบุรายชื่อบุคคล (พยาน) ที่เราสามารถติดต่อเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมในการสนับสนุนหรือชี้แจงการร้องเรียนที่ด้านล่าง

ชื่อ	ที่อยู่	โทรศัพท์

6. หลักเกณฑ์สำหรับการเลือกปฏิบัติ:

- ทำเครื่องหมายประเภทของการเลือกปฏิบัติที่คุณประสบ เช่น อายุ เชื้อชาติ สีผิว ขาดความสามารถ ความทุพพลภาพ ฯลฯ
- หากคุณเชื่อว่ามีมากกว่าหนึ่งหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง คุณสามารถทำเครื่องหมายได้มากกว่าหนึ่งช่อง:

<input type="checkbox"/> อายุ – วันเดือนปีเกิด:	<input type="checkbox"/> สัญชาติหรือสถานะเป็นแรงงานต่างด้าวสหรัฐฯ
<input type="checkbox"/> สีผิว	<input type="checkbox"/> ความทุพพลภาพ
<input type="checkbox"/> ขาดความสามารถ (รวมถึงความสามารถทางภาษาอังกฤษที่จำกัด)	<input type="checkbox"/> การเกี่ยวเนื่องหรือความเชื่อทางการเมือง
<input type="checkbox"/> การตอบโต้	<input type="checkbox"/> ศาสนา
<input type="checkbox"/> เชื้อชาติ – ระบุเชื้อชาติ:	<input type="checkbox"/> การล่วงละเมิดทางเพศ
<input type="checkbox"/> เพศ (รวมถึงการตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง การเหมารวมทางเพศ สถานะของคนข้ามเพศ และอัตลักษณ์/การแสดงออกทางเพศ)	<input type="checkbox"/> รสนิยมทางเพศ
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ):

7. คุณเคยยื่นเรื่องการร้องเรียนต่อบุคคล/หน่วยงานนี้มาก่อนหรือไม่

ใช่ ไม่ใช่

หากตอบว่า **ใช่** ให้ตอบคำถามด้านล่าง

a. การร้องเรียนของคุณเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

b. คุณได้ยื่นเรื่องการร้องเรียนไปวันไหน

c. ชื่อสำนักงานที่คุณยื่นเรื่องการร้องเรียน:

ที่อยู่:

เมือง:

รัฐ:

รหัสไปรษณีย์:

หมายเลขโทรศัพท์:

ผู้ติดต่อ (หากทราบ):

d. คุณได้รับการชี้ขาดหรือรายงานขั้นสุดท้ายหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

หากคุณทำเครื่องหมายว่า **"ใช่"** โปรดแนบสำเนาการร้องเรียน

8. การเลือกตัวแทนส่วนบุคคล:

- คุณอาจเลือกให้บุคคลอื่นเป็นตัวแทนของคุณในการจัดการกับการร้องเรียนนี้ อาจเป็นญาติ เพื่อน ตัวแทนสหภาพ ทนายความ หรือบุคคลอื่น
- หากคุณเลือกที่จะแต่งตั้งบุคคลเพื่อเป็นตัวแทนของคุณ การสื่อสารทั้งหมดของเราถึงคุณจะถูกส่งผ่านทางตัวแทนของคุณ

คุณต้องการให้อ่านตัวแทนส่วนบุคคลในการจัดการเรื่องร้องเรียนนี้หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

หากตอบว่า **ใช่** ให้กรอกส่วนด้านล่าง หากตอบว่า **ไม่ใช่** ให้ไปที่ส่วนที่ 9

การให้อ่านตัวแทนส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าต้องการให้อ่านบุคคลที่ระดับด้านล่างดำเนินการในนามของข้าพเจ้าในฐานะตัวแทนส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ในเรื่องต่างๆ เช่น การไกล่เกลี่ย การประชุมเพื่อยุติข้อพิพาท หรือการสอบสวนเกี่ยวกับการร้องเรียนนี้

ชื่อ:

ข้าพเจ้าเป็นทนายความที่เป็นตัวแทนของผู้ร้องเรียน

ข้าพเจ้าไม่ใช่ทนายความที่เป็นตัวแทนของผู้ร้องเรียน

ที่อยู่ทางไปรษณีย์:

เมือง:

รัฐ:

รหัสไปรษณีย์:

โทรศัพท์:

โทรสาร:

อีเมล:

9. การระงับข้อพิพาททางเลือก (Alternate Dispute Resolution, ADR) หรือที่เรียกว่าการไกล่เกลี่ย

ข้อควรระวัง: คุณต้องระบุว่าคุณต้องการไกล่เกลี่ยการร้องเรียนของคุณ สำนักงาน EEO ไม่สามารถเริ่มดำเนินการตามการร้องเรียนของคุณได้จนกว่า คุณจะได้ทำการเลือก โปรดทำเครื่องหมาย **ใช่** หรือ **ไม่ใช่** ในช่องว่างด้านล่าง

- การไกล่เกลี่ยเป็นอีกทางเลือกหนึ่งนอกเหนือจากการตรวจสอบการร้องเรียนของคุณ
- ไม่มีฝ่ายใดเสียอะไรจากการไกล่เกลี่ย
- ศูกรณในการร้องเรียนจะทบทวนข้อเท็จจริง อภิปรายความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเท็จจริง และพยายามทำข้อตกลงที่น่าพอใจสำหรับทั้งสองฝ่าย
 - ข้อตกลงในการไกล่เกลี่ยไม่ใช่การละเว้นความผิดโดยบุคคล/หน่วยงานที่คุณอ้างว่ามีการเลือกปฏิบัติกับคุณ
 - การไกล่เกลี่ยดำเนินการโดยผู้ไกล่เกลี่ยที่ผ่านการฝึกอบรม มีคุณสมบัติเหมาะสม และเป็นกลาง
 - คุณ (หรือตัวแทนส่วนบุคคลของคุณ) มีอำนาจในการเจรจาถึงข้อตกลงที่น่าพอใจ
 - *เงื่อนไขข้อตกลงได้รับการลงนามโดยผู้ร้องเรียนและบุคคล/หน่วยงานที่อ้างว่าได้มีการเลือกปฏิบัติกับคุณ*
 - *ข้อตกลงมีผลผูกพันทางกฎหมายกับทั้งสองฝ่าย*
 - หากไม่บรรลุข้อตกลง การสอบสวนอย่างเป็นทางการจะเริ่มขึ้น
 - การไม่รักษาข้อตกลงจะส่งผลให้มีการสอบสวนอย่างเป็นทางการ
 - จะมีการเปิดการสอบสวนอย่างเป็นทางการหากมีการรายงานการตอบโต้
- คุณต้องการไกล่เกลี่ยการร้องเรียนของคุณหรือไม่ (โปรดทำเครื่องหมายเพียงช่องเดียวเท่านั้น)

ใช่ ฉันต้องการไกล่เกลี่ย

ไม่ใช่ โปรดทำการสอบสวน

10. ลายเซ็นของผู้ร้องเรียน:

ลายเซ็นของคุณในแบบฟอร์มนี้จะเป็นการเริ่มต้นการดำเนินการของการร้องเรียนนี้ โดยการลงนามในแบบฟอร์มนี้ถือว่าคุณประกาศภายใต้บทลงโทษฐานให้การเท็จว่าข้อมูลที่ได้รวมไว้เป็นความจริงและถูกต้องตามความรู้หรือความเชื่อของคุณที่ดีที่สุด

ลายเซ็น:

วันที่:

EDD เป็นนายจ้าง/โครงการที่มีโอกาสเท่าเทียมกัน มีความช่วยเหลือและบริการเสริมตามคำขอสำหรับผู้พิการ หากต้องการขอความช่วยเหลือ และ/หรือรูปแบบอื่น ให้โทรเบอร์ 1-916-654-8434 (เสียง) ผู้ใช้โทรพิมพ์ (TTY) โปรดโทรหา California Relay Service ที่เบอร์ 711