BIURO PROKURATORA GENERALEGO STANU ILLINOIS
LISA MADIGAN – PROKURATOR GENERALNY STANU ILLINOIS

KWESTIONARIUSZ PRAW OBYWATELSKICH

1. Zanim wypełnią Państwo ten kwestionariusz, należy w pierwszej kolejności złożyć zażalenie do firmy lub osoby.
2. Proszę wypełnić kwestionariusz poprzez internet lub wypełnić ten formularz wyraźnym, ciemnym drukiem.
3. Nieuzupełnione kwestionariusze zostaną odesłane do wypełniającego.
4. Proszę dołączyć **kopie** ważnych dokumentów dotyczących skargi o dyskryminację.

Proszę wypełnić kwestionariusz i wysłać pod adres:

OFFICE OF THE ILLINOIS ATTORNEY GENERAL
Civil Rights Bureau
100 W. Randolph Street
Chicago, Illinois 60601
lub wysłać FAX pod numer: 312-814-3212

Proszę dołączyć do tego kwestionariusza kopię dokumentów dotyczących skargi. Proszę nie wysyłać oryginałów.

DZISIEJSZA DATA: _____

1.Nazwisko i Imię:

_____

Wiek: _____

Adres: _____ Apt.# _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod Pocztowy: _____

Numer Telefonu domowego: ( ) _____

Numer Telefonu do pracy: ( ) _____

Numer Telefonu komórkowego: ( ) _____

Numer, pod który życzą sobie Państwo, by pracownicy naszego biura dzwonili w sprawie skargi:

( ) _____

2. **Proszę podać dane osoby, z którą będziemy mogli się skontaktować, jeżeli Państwo będziecie nieosiągalni.**

Nazwisko i Imię: _____

Adres: _____ Apt.#: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod Pocztowy: _____

Numer Telefonu: ( ) _____

3. **Akt dyskryminacji, którego Państwo doświadczyli, dotyczył (proszę zakreślić poniżej wszystkie opcje, które Państwa dotyczą):**

☐ Rasy	☐ Historii Aresztu	☐ Statusu małżenskiego
☐ Koloru	☐ Statusu Militarnego	☐ Nieprzychylnego zwolnienia z wojska
☐ Pochodzenia	☐ Orientacji Seksualnej	☐ Statusu obywatelstwa
☐ Religii	☐ Wieku	☐ Statusu rodzinnego
☐ Płci	☐ Płci-ciąża	☐ Płci-napastowanie seksualne
☐ Inne		

4. **Proszę podać pełna nazwę firmy, pracodawcy, itp. (tak zwany „Respondent") któremu zarzucają Państwo dyskryminację.**

Pełna Nazwa/Nazwisko i Imię:

_____

Adres w stanie Illinois: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod Pocztowy: _____

Numer Telefonu: ( ) _____ Powiat: _____

5. **Ile pracowników zatrudnia Respondent?**
(Prosze wziąć pod uwagę wszystkie lokalizacje) _____

6. **Czy są Państwo nadal zatrudnieni przez Respondenta?**

Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli byli Państwo zatrudnieni przez Respondenta, proszę podać następujące informacje:

Stanowisko: _____ Data Zatrudnienia: _____

Departament: _____ Kierownik: _____

Czy w tym samym czasie byli Państwo zatrudnieni przez inną firmę niż Respondenta?

Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli tak, proszę podać nazwę i wyjaśnić okoliczności:

_____

_____

_____

7. **Poniżej proszę dokładnie opisać sytuację w ktorej doświadczył/a Pan/i dyskryminacji. Proszę dołączyć dodatkowe kartki jeżeli będzie to niezbędne.**

_____

_____

_____

8. **Jak były traktowane inne osoby w Państwa sytuacji?**

_____

_____

_____

9. **Jeżeli są świadkowie, z którymi Biuro Praw Obywatelskich powinno się skontaktować (jeżeli stwierdzimy, że jest to konieczne) i którzy potwierdzą Państwa skargę o dyskryminację, proszę podać ich imię, adres, i numer telefonu oraz informacje, jakich każdy świadek może udzielić.**

Imię i Nazwisko: _____

Adres: _____

Numer Telefonu: ( ) _____

Informacja dotycząca sprawy:

_____

_____

_____

Imię i Nazwisko: _____

Adres: _____

Numer Telefonu: ( ) _____

Informacja dotycząca sprawy:

_____

_____

_____

Imię i Nazwisko: _____

Adres: _____

Numer Telefonu: ( ) _____

Informacja dotycząca sprawy:

_____

_____

_____

10. Czy posiadają Państwo dokumenty lub inne dowody które mogą potwierdzić Państwa skargę o dyskryminację? Jeżeli tak, proszę dołaczyć kopię.

Tak ☐ Nie ☐

11. Czy złożyli Państwo skargę o dyskryminację w innej agencji/urzędzie?

Tak ☐ Nie ☐ Jeżeli tak, proszę napisać gdzie i kiedy. _____

Nazwa Agencji: _____

Numer sprawy: _____

Jaki był rezultat?

_____

_____

_____

12. Czy próbowali Państwo rozwiązać problem poprzez złożenie formalnego lub nieformalnego zażalenia w firmie?

Tak ☐ Nie ☐ Jeżeli tak, z kim? _____

Jaki był rezultat?

_____

_____

_____

PROSZĘ PRZECZYTAĆ I PODPISAĆ PONIŻEJ:

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zgodne z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Biuro Praw Obywatela dokona ewaluacji Państwa skargi, by podjąć formalne dochodzenie. Jeżeli nasze biuro nie rozpocznie takiej procedury, nie jest to jednoznaczne z podważeniem Państwa skargi i nie wynika z ignorancji Państwa przedstawionych przez Państwa wniosków, faktów lub prawa.

Biuro Prokuratora Generalnego Stanu Illinois nie może ubiegać się o finansową rekompensatę w Państwa imieniu.

Mogą też Państwo złożyć skargę o dyskryminację w biurze Illinois Department of Human Rights (IDHR), 100 West Randolph Street, Suite 10-100, Chicago, IL 60601, numer telefonu (312) 814-6200. Skargę należy zgłosić w ciągu 180 dni od daty doświadczenia dyskryminacji. Ponadto, jeżeli skarga skierowana jest wobec Państwa pracodawcy, mogą Państwo złożyć ją w Krajowej Komisji, U.S. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC), Chicago Regional Office, 500 West Madison Street, Suite 2800, Chicago, IL 60661, numer telefonu (312) 353-2713. Skargę do EEOC należy złożyć w ciągu 300 dni od daty zaistnienia aktu dyskryminacji.

Podpis: _____ Data: _____