

KWAME RAOUL – PROKURATOR GENERALNY STANU ILLINOIS

(KWAME RAOUL ILLINOIS ATTORNEY GENERAL)

BIURO SPRAW OBYWATELSKICH

(CIVIL RIGHTS BUREAU)



SKARGA O DYSKRYMINACJĘ

Proszę wypełnić formularz wyraźnym, ciemnym drukiem i wysłać pocztą na poniższy adres:

OFFICE OF THE ILLINOIS ATTORNEY GENERAL

Civil Rights Bureau

100 W. Randolph Street, 11th Floor

Chicago, Illinois 60601

FAX: 312-814-3212

1. Imię i Nazwisko:

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 dzwoniли w sprawie skargi:

() _____

Adres E-mailowy: _____

2. Akt dyskryminacji, którego Państwo doświadczyli, dotyczy (proszę zakreślić wszystkie opcje, które Państwa dotyczą):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rasy | <input type="checkbox"/> Rejestru Zatrzymań/Aresztowań | <input type="checkbox"/> Statusu Małżeńskiego |
| <input type="checkbox"/> Koloru | <input type="checkbox"/> Statusu Militarnego | <input type="checkbox"/> Statusu Rodzinnego |
| <input type="checkbox"/> Płci-cięży | <input type="checkbox"/> Kraju Pochodzenia | <input type="checkbox"/> Statusu Obywatelskiego/Imigracyjnego |
| <input type="checkbox"/> Religii | <input type="checkbox"/> Orientacji Seksualnej | |
| <input type="checkbox"/> Wiek | <input type="checkbox"/> Nieprzychylnego Zwolnienia Ze Służby Wojskowej | |
| <input type="checkbox"/> Płci | <input type="checkbox"/> Napastowania/Molestowania Seksualnego | |
| <input type="checkbox"/> Statusu Zakazu Zbliżania Się (Order of Protection) | | |
| <input type="checkbox"/> Inne (proszę opisać): _____ | | |

3. Proszę podać pełną nazwę firmy, pracodawcy, lub osoby której zarzucają Państwo dyskryminację.

Pełna Nazwa/Nazwisko i Imię:

Adres: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod Pocztowy: _____

Numer Telefonu: () _____ Powiat: _____

4. Ilu pracowników zatrudnia pracodawca?

(Proszę wziąć pod uwagę wszystkie lokalizacje) _____

5. Czy są Państwo nadal zatrudnieni przez pracodawcę?

Tak Nie

Jeżeli byli/są Państwo zatrudnieni przez pracodawcę, proszę podać następujące informacje:

Stanowisko Pracy: _____ Data Zatrudnienia: _____

Departament: _____ Kierownik: _____

Czy w tym samym czasie byli Państwo zatrudnieni w innym miejscu tj. poza firmą pracodawcy?

Tak Nie

Jeżeli tak, proszę podać nazwę:

6. Poniżej proszę dokładnie opisać sytuację, w której doświadczyli Państwo dyskryminacji.

Proszę załączyć dodatkowe strony, jeżeli będzie taka potrzeba:

7. Jak były traktowane inne osoby w Państwa sytuacji/położeniu?

8. Jeżeli istnieją świadkowie, którzy mogą potwierdzić Państwa skargę o dyskryminację, proszę podać ich dane osobowe oraz informacje jakich danych 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:

9. Czy posiadają Państwo dokumenty lub inne dowody, które mogą potwierdzić Państwa skargę o dyskryminację? Jeżeli tak, proszę dołączyć kopie dokumentów. Prosimy o nie wysyłanie oryginałów.

Tak Nie

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

Tak Nie

Jeżeli tak, proszę podać gdzie i kiedy: _____

Nazwa Agencji/Organizacji: _____

Numer sprawy: _____

Jaki był rezultat?

11. Czy próbowali Państwo rozwiązać problem poprzez złożenie formalnej lub nieformalnej skargi u pracodawcy?

Tak Nie

Jeżeli tak, z kim? _____

Jaki był rezultat?

PROSZĘ PRZECZYTAĆ PONIŻSZY TEKST I PODPISAĆ FORMULARZ:

Biuro Prokuratora Generalnego Stanu Illinois nie może ubiegać się o finansową rekompensatę za rozpatrzenie niniejszej skargi.

Skargę o dyskryminację mogą też Państwo złożyć w: Illinois Department of Human Rights (IDHR), Equal Employment Opportunity Commission (EEOC), U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD), U.S. Department of Education's Office for Civil Rights [lub, w sprawach dyskryminacji osób niepełnosprawnych, w U.S. Department of Justice, Civil Rights Division, Disability Rights Section]. Skargę do IDHR należy złożyć w ciągu 300-u dni od daty zaistnienia aktu dyskryminacji, lub 12-u miesięcy w skargach dotyczących spraw mieszkaniowych.

Rozumiem, że Biuro Prokuratora Generalnego nie jest moim prawnikiem, ale że reprezentuje społeczeństwo w egzekwowaniu prawa mającego na celu ochronę osób przed dyskryminacją. Zgadzam się, aby Biuro dokonało ewaluacji mojej skargi i podjęło decyzję o ewentualnym wszczęciu formalnego postępowania oraz na udostępnianie informacji zawartych w niniejszym formularzu osobie/firmie przeciwko której składam skargę. Rozumiem, że w razie pytań dotyczących moich praw lub obowiązków, powinienem/powinnam skontaktować się z prawnikiem. Rozumiem też, że moja skarga oraz dokumenty dołączone do niej, mogą być włączone do rejestru publicznego i być udostępniane na żądanie, na mocy ustawy Freedom Of Information Act (FOIA – Ustawa o Swobodzie Informacji), 5 ILCS 140/7 oraz 5 ILCS 140/7.5 z wyłączeniem informacji określonych tą ustawą.

Oświadczam, że przeczytałem/przeczytałam niniejszy formularz oraz, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zgodne z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Podpis: _____

Data: _____