



**Formularz na wszczęcie postępowania przez klientów IDES
i ogół społeczeństwa przeciw IDES i/albo pracownikom IDES**

Powinieneś używać tego formularza, jeśli jesteś klientem Illinois Department of Employment Security (IDES) albo członkiem ogólnego społeczeństwa, który chce wszcząć postępowanie przeciwko IDES i/albo pracownikom IDES w Biurze Równych Szans Zatrudnienia/Akcji Afirmarywnej IDES. (Ten formularz **nie** powinien być używany przez pracowników IDES. Pracownicy IDES powinni używać IDES Wewnętrzny Formularz wszczęcia postępowania EEO-2.) Jeśli wolisz, możesz wszcząć postępowanie bezpośrednio w Departamencie Pracy/Centrum Praw Cywilnych U.S. poprzez wypełnienie i wysłanie federalnego formularza ze skargą DL-12014a do: U.S. Department of Labor, Civil Rights Center, 200 Constitution Avenue N.W., Room N-4123, Washington D.C., 20210. Formularz DL-12014a można odebrać w każdym lokalnym biurze IDES.

1. Informacje O Tobie

Twoje imię, nazwisko i adres

Imię i nazwisko

Adres

Miasto

Stan

Kod pocztowy

Twoje numery telefonów

Domowy: ()
Kierunkowy Numer

Inny: ()
Kierunkowy Numer

W jakich godzinach byłoby najlepiej skontaktować się z tobą?

2. Informacja Na Temat Twojego Zażalenia

Proszę zidentyfikować biuro IDES (albo inne miejsce) gdzie wydarzyło się zdarzenie(a) o którym się skarżysz:

Proszę zidentyfikuj najlepiej jak tylko możesz pracownika(kow) IDES i/albo inną osobę(y) biorącą udział w zdarzeniu(ch), o którym się skarżysz:

Proszę zidentyfikuj czas(y) i datę(y), kiedy odbyło się zdarzenie(a) o którym się skarżysz:

3. Proszę krótko i jasno opisać co się wydarzyło się i wyjaśnić dlaczego twoim zdaniem dyskryminacja miała miejsce. Proszę dołączyć takie informacje jak: kto brał udział i co zrobił i/lub powiedział, w tym używany obraźliwy lub poniżający język; co zostało zrobione i jak traktowanie się różniło, czy twoim zdaniem ty, albo ktoś inny, był traktowany inaczej niż inni, itp. Proszę dołączyć pisemne materiały odnoszące się do skargi.



4. Proszę o podanie jakichkolwiek innych informacji, które uważasz za ważne w sprawie twojej skargi.

5. Jak chcesz, aby IDES postąpił w celu zawarcia ugody w sprawie zażalenia albo jak zadośćuczynić dyskryminacji, która twoim zdaniem wydarzyła się?

6. Proszę wymienić wszelkie osoby (świadków albo innych), z którymi możemy się skontaktować w celu uzyskania dodatkowych informacji na temat skargi.

Imię i Nazwisko	Adres	Telefon

7. **Podstawa Skargi:** Który z następujących rodzajów dyskryminacji najlepiej opisuje dyskryminację, która twoim zdaniem miała miejsce?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rasa: (Sprecyzuj): _____ | <input type="checkbox"/> Płeć: <input type="radio"/> Męska <input type="radio"/> Żenska | <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność |
| <input type="checkbox"/> Kolor: (Sprecyzuj): _____ | <input type="checkbox"/> Wiek: (Sprecyzuj): _____ | <input type="checkbox"/> Odwet |
| <input type="checkbox"/> Religia (Sprecyzuj): _____ | <input type="checkbox"/> Pochodzenie Krajowe (Sprecyzuj):
_____ | <input type="checkbox"/> Molestowanie
Sexualne w Miejscu
Pracy |
| <input type="checkbox"/> Stan Cywilny: _____ | <input type="checkbox"/> Inne (Sprecyzuj): _____ | |

Podpis Skarżącego _____

Data _____

Proszę wypełnić ten formularz i odeślij go z kopiami dokumentów uzupełniających do: the IDES Office of Equal Employment Opportunity/Affirmative Action, 33 S. State St., 9th Floor, Chicago, IL 60603-2802. Fax (312.793.0302). Jeśli masz jakieś pytania, nasze numery telefonów to: 312.793.9290, TTY 888-340-1007.

Tylko dla użytku biura EEO/AA:

EEO Case Number Assigned : _____ Service Complaint referred to: _____

Received by: _____ Date _____