

FORMULAIRE DE PLAINTÉ POUR DISCRIMINATION PRESUMÉE

Renseignements sur le plaignant :

Prière de remplir toutes les rubriques qui s'appliquent à votre situation et de déposer ce formulaire le plus rapidement possible après les faits présumés de discrimination ou de harcèlement auprès de :

OFFICE OF EQUAL OPPORTUNITY
E.O. Complaint Unit
65 Court Street, Room 1102
Brooklyn, NY 11201
N° de téléphone : 718-935-3320
N° de fax : 718-935-2531

- **Des faits remontant à plus d'un an ne peuvent faire l'objet d'une plainte.**
- Écrivez toutes les informations demandées, **clairement, en caractères d'imprimerie**, s'il vous plaît.
- Joignez tous les feuillets additionnels et justificatifs nécessaires.

Cochez () la case en face de votre cas : Employé(e) Élève Parent d'élève Candidat(e) à un emploi Autre

Prénoms et nom : _____ Fonction occupée/titre : _____

* Prénoms et nom de l'élève : _____

(*Si la plainte est déposée par un parent d'élève)

N° et rue du domicile : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

N° de téléphone Domicile : _____ Portable : _____ Professionnel : _____

Responsable en charge sur le lieu des incidents :

Prénoms et nom du chef de l'établissement scolaire ou du responsable (sur le lieu des incidents) : _____
Fonction occupée/titre : _____
Établissement scolaire/Service administratif/District : _____
Adresse du lieu des événements : _____
N° de téléphone du lieu des faits : _____

(Tournez la
page SVP)

Nature de la plainte :

1. Cochez la case, ci-dessous, en face du motif de la discrimination dont vous avez été la victime.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Âge | <input type="checkbox"/> Type de concubinage |
| <input type="checkbox"/> Statut d'étranger/citoyenneté | <input type="checkbox"/> Prédispositions génétiques |
| <input type="checkbox"/> Précédente arrestation/condamnation | <input type="checkbox"/> Race |
| <input type="checkbox"/> Couleur de peau | <input type="checkbox"/> Religion |
| <input type="checkbox"/> Croyances | <input type="checkbox"/> Représailles (suite à réclamation pour discrimination) |
| <input type="checkbox"/> Handicap(s) | <input type="checkbox"/> Harcèlement sexuel |
| <input type="checkbox"/> Origine ethnique/pays d'origine | <input type="checkbox"/> Orientation sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Sexe | <input type="checkbox"/> Statut de victime de violence domestique, d'agressions sexuelles ou traque/harcèlement |
| <input type="checkbox"/> Statut matrimonial | <input type="checkbox"/> Poids (pour les élèves uniquement) |
| <input type="checkbox"/> Situation militaire | |

2. Prénoms, nom/fonction de la ou des personnes que vous accusez de discrimination à votre rencontre.

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Prénoms et nom :
_____ | 1. Fonction occupée/titre :
_____ | 2. Prénoms et nom :
_____ | 2. Fonction occupée/titre :
_____ |
| 3. Prénoms et nom :
_____ | 3. Fonction occupée/titre :
_____ | 4. Prénoms et nom :
_____ | 4. Fonction occupée/titre :
_____ |

3. Où les faits se sont-ils déroulés ?

4. Date(s) des faits présumés à l'origine de la discrimination.

Mois : _____ Jour _____ Année _____

5. Expliquez ce qui s'est passé (donnez prénoms, noms, et preuves s'il y en a, et joignez des feuillets en plus si nécessaire).

6. Quelle assistance recherchez-vous, quelle action corrective souhaitez-vous ?

Signature : _____

Date (mois/jour/année) : _____