



# 解雇或歧视投诉

将完整填写的表格寄至： Discrimination Unit • Riverview Center – 150 Broadway • Menands, NY 12204

### 福利索赔类型

残障福利（非工作造成的残障）

社会保障号： \_\_\_\_\_

工伤赔偿（工伤）

WCB 案件编号（适用于工伤）： \_\_\_\_\_

**请以打印体或正楷书写。回答所有问题 — 未能回答所有问题可能会使您的投诉处理程序有所延迟，详细回答第 6 题和第 7 题 — 必要时附上附加页**

**向本表格顶部的地址一式两份提交。**

1. 员工姓名： \_\_\_\_\_

2. 员工地址： \_\_\_\_\_

3. 雇主姓名： \_\_\_\_\_

4. 雇主地址： \_\_\_\_\_

5. 您是否被解雇：  是  否 若选“是”，请提供解雇日期： \_\_\_\_\_

6. 详细说明您投诉的缘由，您被开除的原因，以及您的主管或经理或者实际开除您之人的姓名：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. 说明其他涉事人员的姓名。附上您所收到的解雇通知（如有）或您其他文件的副本： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. 您曾在哪里工作（说明地址，如果与上文第 4 项不同）： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. 职业： \_\_\_\_\_

10. 您的律师或代表的姓名和地址（如有）（见背面的声明“关于代表”）： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. 事故发生日期或残障的第一天： \_\_\_\_\_

**受伪证处罚的约束，本人确认此处提供的信息是真实的：**

\_\_\_\_\_  
员工签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
电话号码

## 《工伤赔偿法》

**第 120 节。针对提起诉讼程序之员工的歧视。**任何雇主或者他或她正式授权的代理人若解雇或以任何其他方式对员工进行雇佣方面歧视，而具体原因是该员工有提出或尝试提出从该雇主处获得补偿金之索赔，或者因为他或她曾或即将在本章节下的诉讼程序中作证，并且看上去不存在雇主做出该行为之其他正当理由，均应属于非法行为。

任何诉称有非法歧视做法之投诉，必须在该歧视行为实施后两年内提交。一旦裁决该雇主违反了本章节，委员会应发出命令，要求应恢复任何遭受歧视之员工的工作，或者以其他方式恢复他或她在无歧视的情况下本应享有的职位或特权，并且其雇主还应该补偿其因该歧视造成的任何补偿金的损失，以及因律师或持牌代表提供服务而产生的费用或津贴，具体可由委员会决定。任何雇主违反本章节，可被处以不少于一百美元或超过五百美元的罚金，具体可由委员会决定。所有此类罚金应被纳入州财政。应仅由雇主一人支付所有罚金、补偿金以及费用或津贴。雇主一人，而不是他或她的保险公司，应为此类罚金和付款承担责任。任何保证免除雇主承担此类罚金或付款的保单条例均应是无效的。

经裁定违反本章节之规定的雇主以及受害之员工必须在收到最终裁定后三十天内，向委员会报告雇主合规的情况。若未能提交合规报告，或者未能在命令或通知送达后三十日内遵守委员会的命令或罚金要求，除非及时依照本章第二十三节向委员会提交命令或通知调整、修订或复审之申请，任何此类案件的主席或任何获得该主席同意的当事人可采用与补偿金授予类似的方式执行该命令和惩罚。

**第 241 节。章节其他条例的应用。**本章授予或强加给主席和委员会的对执行本条所必需且无矛盾的所有权力和职责，在此范围内，特此适用于本条；并且本章有关本章其他条款所规定的利益的其他规定不得解释为适用于本条。本章节第一百二十节的条例应如其在本条文中所述全面适用，唯一例外是依照本条文应被纳入州财政的罚金应被用于支付执行本条文的支出。

### 关于代表

虽然不要求您聘请任何人就歧视投诉担任您的代表，您有权聘请律师或持牌代表担任您的代表，若您选择这么做。您若在您的工伤赔偿或残障福利案件中由律师或持牌代表担任您的代表，并且希望由其代表您，请联系他们，以决定其是否将代表您。如为否，您有权选择另一位您所选择的代表。

### 依据《纽约个人隐私保护法》

（《公职人员法》第 6-A 条）和《1974 年联邦隐私法》（5 U.S.C. § 552a）发出之通知

Workers' Compensation Board（委员会）有权要求索赔人提供个人信息，包括他们的社会保障号；该权力源自委员会依照《工伤赔偿法》（WCL）§ 20 的调查权力以及依照 WCL § 142 的行政管理权力。收集该信息的目的是协助委员会尽可能以最方便的方式开展调查和管理索赔案件工作，帮助委员会保留准确的索赔记录。是否向委员会提供您的社会保障号属自愿行为。未在本表格中提供您的社会保障号不会招致处罚；这也不会导致您的索赔被拒或福利减少。委员会将保护其拥有的所有个人信息的机密性，仅在促进其官方职责并根据适用的州和联邦法律进行披露。

如果您需要帮助来完成本表格，或者如果您有任何其他问题，  
可联系任一 WORKERS' COMPENSATION BOARD 办公室。