

**Відділ з питань антидискримінації штату Новий Південний Уельс Форма скарги**

Зміст

[Частина A – Про вас (Скаржник) 2](#_Toc256000000)

[Частина B: На кого ви скаржитесь? 4](#_Toc256000001)

[Частина C: Про що ваша скарга? 5](#_Toc256000002)

[Частина D: Повноваження діяти 6](#_Toc256000003)

**Чим ми займаємося?**

Відділ з питань антидискримінації штату Новий Південний Уельс розглядає скарги на дискримінацію, сексуальні домагання, паплюження та віктимізацію. Якщо нам знадобиться додаткова інформація щодо вашої скарги, ми з вами зв’яжемося.

Коли ви заповнюєте цю форму та надсилаєте її до нас, ви даєте згоду на використання вашої інформації для наших процесів розгляду скарг - оцінки, розслідування та примирення. Якщо вашу скаргу прийнято до розслідування, копію вашої скарги буде надано особі чи організації, на яку ви скаржитеся (називається "відповідач"), а також, якщо необхідно, іншим особам, які можуть мати відношення до нашого розслідування. Надсилаючи форму, ви погоджуєтеся, що ми надішлемо цю форму та інші надані вами матеріали відповідачу та іншим.

**Інформація про інших людей**

Будь ласка, не включайте особисту інформацію про інших людей без їхньої згоди, але вам не потрібна згода особи/осіб, на яких ви скаржитеся (відповідач).

**Питання**

Якщо у вас виникли питання щодо процедури подання скарги або щодо заповнення цієї форми, будь ласка, зв’яжіться з нашою довідковою службою за електронною адресою [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au) або телефоном 02 9268 5544 або 1800 670 812.

**Як скаржитися**

Надішліть цю форму скарги на електронну адресу [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au)

або надішліть цю скаргу поштою (Anti-Discrimination NSW, PO Box W213, Parramatta Westfield NSW 2150)

**Зверніть увагу, якщо ви надішлете скаргу поштою, вам знадобиться більше часу.**

# Частина A – Про вас (Скаржник)

**Якщо ви не хочете, щоб ваші контактні дані надсилалися відповідачу, будь-ласка, надайте їх в окремому документі.**

|  |  |
| --- | --- |
| Титул: |  |
| Ім'я: |  |
| Прізвище: |  |
| Адреса: |  |
| Назва району: |  |
| Поштовий індекс: |  |
| Електронна пошта: |  |
| Телефон: |  |
| Мобільний телефон: |  |
| Як з вами зв'язатися?  Електронна пошта  Телефон  (Необов'язково) Який займенник ви використовуєте (наприклад, він/його, вона/її, вони/їх)?  (Необов'язково) Яке ім'я використовувати при звертанні до вас?  Ви повинні надати нам своє ім’я та адресу, щоб ми могли продовжити розгляд вашої скарги. | |
| Якщо вам потрібна допомога в процесі розгляду скарги, наприклад, тому що ви маєте інвалідність або якщо англійська не є вашою рідною мовою - повідомте нам про це. Відділ з питань антидискримінації штату Новий Південний Уельс (ADNSW) може надати переклад цієї форми, якщо потрібно. | |

Будь ласка, надайте інформацію про особу, яка допомагає вам із цією скаргою, наприклад, адвокат, представник профспілки чи законний представник.

Ви (скаржник) отримаєте всю кореспонденцію, якщо не вказано інше.

|  |  |
| --- | --- |
| Титул: |  |
| Ім'я: |  |
| Прізвище: |  |
| Посада: |  |
| Організація: |  |
| Адреса: |  |
| Назва району: |  |
| Поштовий індекс: |  |
| Електронна пошта: |  |
| Телефон: |  |
| Мобільний телефон: |  |

**Скарга від імені іншої особи (якщо ви подаєте скаргу від імені скаржника)**

Заповнити лише якщо ви подаєте скаргу від імені скаржника. Будь ласка, надайте свої дані тут.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Титул: |  | |
| Ім'я: |  | |
| Прізвище: |  | |
| Адреса: |  | |
| Назва району: |  | |
| Поштовий індекс: |  | |
| Електронна пошта: |  | |
| Телефон: |  | |
| Мобільний телефон: |  | |
| Ким ви приходитесь скаржнику? | |  |
| Як з вами зв'язатися?  Електронна пошта  Телефон | | |
| Якщо ви подаєте скаргу від імені скаржника, попросіть його заповнити [Частину D: Повноваження діяти](#_Part_D:_Authority). | | |

# Частина B: На кого ви скаржитесь?

**Відповідач 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ім'я особи або назва організації: | |  | |
| ABN (якщо актуально): | |  | |
| Адреса: |  | | |
| Назва району: |  | | |
| Поштовий індекс: |  | | |
| Електронна пошта: |  | | |
| Телефон: |  | | |
| Мобільний телефон: |  | | |
| Ким ви приходитесь відповідачу? | | |  |

**Відповідач 2 (необов'язково)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ім'я особи або назва організації: | |  | |
| ABN (якщо актуально): | |  | |
| Адреса: |  | | |
| Назва району: |  | | |
| Поштовий індекс: |  | | |
| Електронна пошта: |  | | |
| Телефон: |  | | |
| Мобільний телефон: |  | | |
| Ким ви приходитесь відповідачу? | | |  |

|  |
| --- |
| Якщо відповідачів більше двох, будь ласка, вкажіть їхні дані.    Чи скаржилися ви на це в іншу організацію? Якщо так, то в яку саме і коли? |

# Частина C: Про що ваша скарга?

Відвідайте наш веб-сайт, щоб отримати інформацію про види дискримінації, які є протизаконними в Новому Південному Уельсі: [antidiscrimination.nsw.gov.au](http://www.antidiscrimination.nsw.gov.au/) або зателефонуйте за номерами 02 9268 5544 або 1800 670 812.

|  |
| --- |
| Я скаржуся, тому що я вважаю, що пережив/пережила:  дискримінацію за  віком. Вкажіть ваш вік.  інвалідністю (включаючи захворювання та передбачувану інвалідність). Вкажіть вашу інвалідність.  гомосексуалізмом (включаючи гаданий гомосексуалізм)  сімейний станом. Вкажіть ваш сімейний  стан.  расою (включає колір шкіри, національність, походження, етнічне, етно-релігійне, національне походження). Вкажіть вашу расу.  статтю (включаючи вагітність і грудне вигодовування). Вкажіть вашу стать.  наявністю обов’язків опікуна (лише під час працевлаштування). Вкажіть ваші обов’язки по догляду.  трансгендерним статусом (включаючи передбачуваний трансгендерний статус)  сексуальними домаганнями  паплюження (публічна дія, яка розпалює ненависть, серйозну зневагу або жорстоке висміювання особи або групи осіб), що стосується  раси  релігії (включає релігійні переконання, належність або діяльність, а також відсутність релігійних переконань, належності або діяльності), яка ваша релігія?  ВІЛ-статусу  трансгендерного статусу  гомосексуалізму  віктимізацією, тому що я подав / подала скаргу щодо однієї з перерахованих вище причин або допоміг / допомогла комусь подати скаргу.  Місце, де сталася дискримінація:  Робоче місце  Місце надання товарів та послуг  Освітня установа  Приміщення для проживання  Зареєстрований клуб  Інше (вказати): |
| Що трапилося? Опишіть події, на які ви скаржитеся, і вкажіть будь-які дати, місця та всіх, хто причетний.  Президент може відмовити у прийнятті скарги, якщо події перевищують термін 12 місяців.  Якщо події відбулися понад 12 місяців, що завадило вам подати скаргу раніше? |
| Як це на вас вплинуло? |
| Якого результату ви очікуєте від відповідача? (необов'язково) |

**Будь ласка, не надсилайте іншу інформацію. Ми вас повідомимо, якщо вам знадобиться надати додаткову інформацію.**

Надішліть цю форму скарги на електронну адресу [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au)

# Частина D: Повноваження діяти

# **Скаржник повинен погодитися, щоб ви скаржилися від його імені**

|  |  |
| --- | --- |
| Ім'я скаржника: |  |
| Я       (скаржник)  даю згоду, щоб       (ім’я особи, уповноваженої діяти від імені скаржника)  діяв / діяла від мого імені протягом усього процесу розгляду скарги, доки скарга не буде остаточно розглянута відділом з питань антидискримінації штату Новий Південний Уельс (Anti-Discrimination NSW).  Я можу відкликати цю згоду в будь-який час, повідомивши в письмовій формі Anti-Discrimination NSW, що я більше не хочу, щоб особа, названа вище, діяла від мого імені. | |
| Дата: |  |

# Заява про конфіденційність

Надана вами особиста інформація захищена відповідно до законодавства про конфіденційність, зокрема *Закон "Про конфіденційність і захист особистої інформації від 1998 року"* та *Закон "Про медичну документацію та конфіденційність інформації від 2002 року"*.

Відділ з питань антидискримінації штату Новий Південний Уельс (Anti-Discrimination NSW) використовує надану в цій формі та інших повідомленнях особисту інформацію при виконанні своїх статутних обов'язків відповідно до *Закону "Про боротьбу з дискримінацією від 1977 року"*. А саме, розслідування та розгляд скарг щодо незаконної дискримінації, а також дослідження та розслідування дискримінації. Це означає, що копія скарги та інша відповідна інформація будуть надані відповідачу (особі, компанії чи організації, щодо якої стосується скарга). Якщо ми використовуємо вашу інформацію для дослідницьких цілей, ми не дозволимо розголошування будь-якої особистої інформації. Подаючи скаргу до Anti-Discrimination NSW, ви даєте свою згоду на використання наданої вами інформації для виконання цих статутних обов'язків.

Щоб дізнатися більше про збір і використання вашої особистої інформації та ваші права щодо інформації, яку зберігає відділ з питань антидискримінації штату Новий Південний Уельс (Anti-Discrimination NSW), будь-ласка, зв’яжіться з нами.