

**Έντυπο καταγγελίας του** Anti-Discrimination NSW (**Φορέας Κατά των Διακρίσεων** **στη Νέα Νότια Ουαλία)**

Contents

[1ο Μέρος – Σχετικά με εσάς, τον καταγγέλλοντα 2](#_Toc75091223)

[2ο Μέρος: Ποιον καταγγέλλετε; 4](#_Toc75091224)

[3ο Μέρος: Τι αφορά η καταγγελία σας; 5](#_Toc75091225)

[4ο Μέρος: Εξουσιοδότηση για ενέργειες 6](#_Toc75091226)

**Τι κάνουμε;**

Ο Anti-Discrimination NSW (Φορέας Κατά των Διακρίσεων στη Νέα Νότια Ουαλία) διαχειρίζεται καταγγελίες για διακρίσεις, σεξουαλική παρενόχληση, διασυρμό και θυματοποίηση. Αν χρειαστούμε περισσότερες πληροφορίες για την καταγγελία σας, θα επικοινωνήσουμε μαζί σας.

Όταν συμπληρώσετε αυτό το έντυπο και μας το στείλετε, συναινείτε να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που μας δώσατε για τη διαδικασία αξιολόγησης καταγγελιών, διερεύνηση και συμβιβασμό. Εάν αποδεχτούμε την καταγγελία για διερεύνηση, θα δοθεί αντίγραφο της καταγγελίας σας στο άτομο ή τον οργανισμό που καταγγέλλετε (ονομάζεται εναγόμενος) και εάν είναι απαραίτητο, σε άλλα άτομα που ενδέχεται να σχετίζονται με την έρευνα. Με την υποβολή εντύπου, συμφωνείτε να στείλουμε αυτό το έντυπο και άλλο υλικό που μας παρείχατε στον εναγόμενο και σε άλλους,

**Πληροφορίες για άλλα άτομα**

Παρακαλείστε να μην συμπεριλάβετε προσωπικά στοιχεία άλλων ατόμων εκτός εάν έχουν συμφωνήσει, αλλά δεν χρειάζεστε τη συναίνεση του ατόμου που καταγγέλλετε (του εναγόμενου).

**Ερωτήσεις**

Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικές με τη διαδικασία για καταγγελίες ή για συμπλήρωση αυτού του έντυπου, επικοινωνήστε με την υπηρεσία πληροφοριών μας στο complaintsadb@justice.nsw.gov.au ή το 02 9268 5544 ή το 1800 670 812.

**Πώς να υποβάλετε καταγγελία**

Στείλτε με email αυτό το έντυπο καταγγελιών στο complaintsadb@justice.nsw.gov.au

ή, ταχυδρομήστε αυτή τη καταγγελία στο φορέα Anti-Discrimination NSW (Φορέας Κατά των Διακρίσεων στη Νέα Νότια Ουαλία), Locked Bag 5000, Parramatta NSW 2124

**Σημειώστε ότι αν ταχυδρομήσετε την καταγγελία σας θα υπάρξει καθυστέρηση.**

# 1ο Μέρος – Σχετικά με εσάς, τον καταγγέλλοντα

**Εάν δεν θέλετε τα στοιχεία επικοινωνίας σας να σταλούν στον εναγόμενο, δώστε τα σε ξεχωριστό έγγραφο.**

|  |  |
| --- | --- |
| Τίτλος: |       |
| Όνομα: |       |
| Επώνυμο: |       |
| Διεύθυνση: |       |
| Προάστειο: |       |
| Ταχυδρομικός κώδικας: |       |
| Email: |       |
| Τηλέφωνο: |       |
| Κινητό: |       |
| Πώς θα θέλατε να επικοινωνήσουμε μαζί σας; [ ]  Email[ ]  Τηλέφωνο(Προαιρετικό) Ποια προσωπική αντωνυμία χρησιμοποιείτε; (π.χ. αυτός/αυτόν, αυτή/αυτήν, αυτοί/αυτούς);      (Προαιρετικό) Με ποιο όνομα θα θέλατε να αναφερόμαστε σε εσάς;      Πρέπει να μας δώσετε το όνομα και τη διεύθυνσή σας για να προχωρήσουμε με την καταγγελία σας.  |
| Πείτε μας αν χρειάζεστε βοήθεια για τη συμμετοχή στη διαδικασία καταγγελίας π.χ. επειδή είστε άτομο με αναπηρία, ή μιλάτε αγγλικά ως επιπρόσθετη γλώσσα. Ο Anti-Discrimination NSW (ADNSW) (Φορέας Κατά των Διακρίσεων στη Νέα Νότια Ουαλία) μπορεί να μεταφράσει αυτό το έντυπο εάν το χρειάζεστε.        |

Δώστε τα στοιχεία οποιουδήποτε σας βοηθά με αυτήν καταγγελία, όπως ως συνήγορος, εκπρόσωπος συνδικάτου ή νομικός εκπρόσωπος.

Θα στείλουμε όλη την αλληλογραφία σε εσάς (τον καταγγέλλοντα) εκτός αν μας ζητήσετε να μην το κάνουμε.

|  |  |
| --- | --- |
| Τίτλος: |       |
| Όνομα: |       |
| Επώνυμο: |       |
| Θέση: |       |
| Οργανισμός: |       |
| Διεύθυνση: |       |
| Προάστειο: |       |
| Ταχυδρομικός κώδικας: |       |
| Email: |       |
| Τηλέφωνο: |       |
| Κινητό: |       |

**Καταγγελία εκ μέρους κάποιου (εάν κάνετε την καταγγελία εκ μέρους του καταγγέλλοντος)**

Συμπληρώστε το πιο κάτω μόνο εάν κάνετε την καταγγελία για τον καταγγέλλοντα. Δώστε τα στοιχεία σας εδώ.

|  |  |
| --- | --- |
| Τίτλος: |       |
| Όνομα: |       |
| Επώνυμο: |       |
| Διεύθυνση: |       |
| Προάστειο: |       |
| Ταχυδρομικός κώδικας: |       |
| Email: |       |
| Τηλέφωνο: |       |
| Κινητό: |       |
| Τι σχέση έχετε με τον καταγγέλλοντα;  |       |
| Πώς θα θέλατε να επικοινωνήσουμε μαζί σας; [ ]  Email[ ]  Τηλέφωνο |
| Εάν κάνετε την καταγγελία για τον καταγγέλλοντα, ζητήστε του να συμπληρώσει το 4ο Μέρος: Εξουσιοδότηση για Ενέργειες. |

# 2ο Μέρος: Ποιον καταγγέλλετε;

**1ος Εναγόμενος**

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα ατόμου ή οργανισμού: |       |
| ABN (εάν είναι σχετικό): |       |
| Διεύθυνση: |       |
| Προάστειο: |       |
| Ταχυδρομικός κώδικας: |       |
| Email: |       |
| Τηλέφωνο: |       |
| Κινητό: |       |
| Τι σχέση έχετε με τον εν λόγω εναγόμενο; |       |

**2ος Εναγόμενος**

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα ατόμου ή οργανισμού: |       |
| ABN (εάν είναι σχετικό): |       |
| Διεύθυνση: |       |
| Προάστειο: |       |
| Ταχυδρομικός κώδικας: |       |
| Email: |       |
| Τηλέφωνο: |       |
| Κινητό: |       |
| Τι σχέση έχετε με τον εν λόγω εναγόμενο; |       |

|  |
| --- |
| Εάν υπάρχουν περισσότεροι από δύο εναγόμενοι, δώστε τα στοιχεία τους.      Υποβάλατε καταγγελία σε άλλο οργανισμό για αυτό; Εάν ναι, ποιον οργανισμό και πότε;       |

# 3ο Μέρος: Τι αφορά η καταγγελία σας;

Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας για πληροφορίες σχετικά με τους τύπους διάκρισης που είναι παράνομοι στη Νέα Νότια Ουαλία: [antidiscrimination.nsw.gov.au](http://www.antidiscrimination.nsw.gov.au/) ή επικοινωνήστε μαζί μας στο 02 9268 5544 ή το 1800 670 812.

|  |
| --- |
| Υποβάλλω καταγγελία επειδή πιστεύω ότι έχω αντιμετωπίσει: [ ]  διάκριση λόγω της ηλικίας μου [ ]  ηλικία, πόσων χρονών είστε;      [ ]  αναπηρία (περιλαμβάνει ασθένειες και υποτιθεμένη αναπηρία), τι είδους αναπηρία έχετε;      [ ]  ομοφυλοφιλία (περιλαμβάνει και υποτιθέμενη ομοφυλοφιλία) [ ]  συζυγική ή οικιακή κατάσταση, τι είναι η συζυγική ή οικιακή σας κατάσταση; [ ]  φυλή (περιλαμβάνει χρώμα, υπηκοότητα, καταγωγή, εθνοτική, εθνο-θρησκευτική, εθνική καταγωγή), ποια είναι η φυλή σας;      [ ]  φύλο (περιλαμβάνει εγκυμοσύνη και θηλασμό), ποιο είναι το φύλο σας;      [ ]  ευθύνες ως φροντιστής (μόνο απασχόληση), ποιες, είναι οι ευθύνες φροντίδας που έχετε αναλάβει;      [ ]  διεμφυλικότητα (περιλαμβάνει και υποτιθέμενη κατάσταση διεμφυλικότητας) [ ]  σεξουαλική παρενόχληση [ ]  διασυρμός (μια δημόσια πράξη που υποκινεί μίσος προς, σοβαρή περιφρόνηση για ή σοβαρό χλευασμό για ένα άτομο ή ομάδα ατόμων) σχετικά με [ ]  τη φυλή [ ]  τη θρησκεία (συμπεριλαμβάνοντας τη θρησκευτική πίστη, ένταξη ή δραστηριότητα, καθώς επίσης και την έλλειψη θρησκευτικής πίστης, ένταξης ή δραστηριότητας), ποια είναι η θρησκεία σας;       [ ]  την κατάσταση HIV [Ιός Ανοσοεπάρκειας Ανθρώπου] [ ]  τον προσδιορισμό ως διεμφυλικό άτομο [ ]  την ομοφυλοφιλία[ ]  θυματοποίηση επειδή έκανα καταγγελία για διάκριση, ή βοήθησα κάποιον να κάνει καταγγελία.  Πού έλαβε χώρα διάκριση; [ ]  Εργασία [ ]  Αγαθά και Υπηρεσίες[ ]  Εκπαίδευση[ ]  Κατάλυμα[ ]  Εγγεγραμμένο σύλλογο[ ]  Αλλού (προσδιορίστε):       |
| Τι συνέβη; Περιγράψτε τα γεγονότα για τα οποία υποβάλατε την καταγγελία και συμπεριλάβετε οποιεσδήποτε ημερομηνίες, τοποθεσίες, και οποιονδήποτε εμπλέκεται.      Ο Πρόεδρος μπορεί να αρνηθεί να δεχτεί μια καταγγελία εάν τα γεγονότα συνέβησαν πάνω από 12 μήνες πριν.Εάν τα γεγονότα συνέβησαν πάνω από 12 μήνες πριν, τι σας εμπόδισε να υποβάλετε την καταγγελία τότε;       |
| Πώς έχετε επηρεαστεί;       |
| Τι αποτέλεσμα αναζητάτε από τον εναγόμενο; (Προαιρετικό)       |

**Μην στείλετε άλλες πληροφορίες. Θα σας ενημερώσουμε αν χρειάζεται να δώσετε περισσότερες πληροφορίες.**

Στείλτε με email αυτό το έντυπο καταγγελίας στο complaintsadb@justice.nsw.gov.au

# 4ο Μέρος: Εξουσιοδότηση για ενέργειες

# Ο καταγγέλλων πρέπει να συμφωνήσει να κάνετε την καταγγελία εσείς εκ μέρους του

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα καταγγέλλοντος: |       |
| Όνομα εναγόμενου: |       |
| Εγώ, ο       (καταγγέλλων) συμφωνώ ο/η       (όνομα ατόμου που εξουσιοδοτήθηκε να ενεργήσει εκ μέρους του καταγγέλλοντος). να ενεργήσει εκ μέρους μου καθ’ όλη τη διάρκεια της διαδικασίας της καταγγελίας μέχρι η καταγγελία να ολοκληρωθεί από τον Anti-Discrimination NSW (Φορέας Κατά των Διακρίσεων στη Νέα Νότια Ουαλία).Μπορώ να αποσύρω τη συναίνεση οποτεδήποτε αναφέροντας γραπτώς στον Anti-Discrimination NSW (Φορέας Κατά των Διακρίσεων στη Νέα Νότια Ουαλία) ότι δεν επιθυμώ πλέον το άτομο που αναφέρεται πιο πάνω να ενεργεί εκ μέρους μου.  |
| Υπογραφή (υπογράψτε ή πληκτρολογήστε το όνομά σας):  |       |
| Ημερομηνία: |       |

# Δήλωση απορρήτου

Τα προσωπικά στοιχεία που έχετε παράσχει προστατεύονται από τη νομοθεσία περί απορρήτου, συμπεριλαμβανομένου του *Privacy and Personal Information Protection Act 1998 (Νόμος Περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και* Απορρήτου *1998)* και του *Health Records and Information Privacy Act 2002*. (*Νόμος Περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και Πληροφοριών 2002).*

Ο Anti-Discrimination NSW (Φορέας Κατά των Διακρίσεων στη Νέα Νότια Ουαλία) χρησιμοποιεί τα προσωπικά στοιχεία που παρέχετε σε αυτό το έντυπο και σε άλλες επικοινωνίες για να εκτελέσει τις θεσμικές λειτουργίες του βάσει του *Anti-Discrimination Act 1977 (*Νόμος Κατά των Διακρίσεων 1977). Αυτές περιλαμβάνουν την εξέταση και τον συμβιβασμό καταγγελιών για παράνομες διακρίσεις και έρευνα και διερεύνηση για διακρίσεις. Αυτό σημαίνει ότι θα δοθεί αντίγραφο στον εναγόμενο (το άτομο ή τον οργανισμό για το οποίο γίνεται η καταγγελία). Εάν χρησιμοποιήσουμε τα στοιχεία σας για έρευνα, δεν θα επιτρέψουμε τη δημοσιοποίηση πληροφοριών προσωπικής ταυτοποίησης. Με την υποβολή της καταγγελίας σας στον Anti-Discrimination NSW (Φορέας Κατά των Διακρίσεων στη Νέα Νότια Ουαλία), δίνετε τη συναίνεσή σας να χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες που δώσατε για την εκπλήρωση αυτών των θεσμικών λειτουργιών.

Για λεπτομέρειες σχετικές με τη συλλογή και χρήση των προσωπικών σας στοιχείων και των δικαιωμάτων σας σχετικά με τα στοιχεία που τηρούνται από τον Anti-Discrimination NSW (Φορέας Κατά των Διακρίσεων στη Νέα Νότια Ουαλία), επικοινωνήστε μαζί μας.