

نموذج معلومات شكوى التمييز بواشنطن

يرجى قراءة النموذج بعناية. اكتب أو اطبع إجاباتك. أجب عن كل سؤال بشكل كامل قدر الإمكان. إذا لم تتمكن من احتواء إجابتك بالكامل في المساحة الموجودة في هذا النموذج، فيمكنك إضافة المزيد من الصفحات

إذا كان السؤال أو الحقل به نجمة (*) بجواره، فيجب عليك تقديم هذه المعلومات. يعد تقديم المعلومات الأخرى المطلوبة أمرًا اختياريًا، ولكنه سيساعد **WorkSource Washington** في معالجة شكواك بشأن التمييز. إذا كنت لا تعرف إجابة السؤال، فضع "غير معروف" في الفراغ المخصص للإجابة. إذا كان السؤال لا ينطبق على حالتك، فضع "لا ينطبق"

* 1. هل أنت الشاكي أم ممثل المشتكي؟ يرجى تحديد المربع الصحيح. الشاكي الممثل

* 2. يرجى تقديم اسمك والمعلومات الأخرى التي نطلبها منك في الأسطر أدناه. إذا كنت ممثلًا لمقدم الشكوى، فاكتب اسم مقدم الشكوى ومعلومات الاتصال به في هذا القسم، واسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك في القسم 2A

* اسم المشتكي

* عنوان الشارع

* المدينة

* الولاية

الرمز البريدي

رقم (أرقام) الهاتف التي يمكننا الوصول إليك من خلالها.

عنوان البريد الإلكتروني

أفضل وقت للاتصال بك

* 2A. إذا كنت ممثلًا لمقدم الشكوى، فيرجى تقديم اسمك ومعلومات الاتصال بك في هذا القسم.

اسم الممثل

منظمة الممثل (إن وجدت)

عنوان الشارع

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

رقم (أرقام) الهاتف التي يمكننا الوصول إليك من خلالها. (لا تعط رقم عمالك إذا كنت لا تريد منا الاتصال بك هناك.)

عنوان البريد الإلكتروني

أفضل وقت للاتصال بك

بالنسبة لبقية الأسئلة في هذا النموذج، إذا كنت تقدم شكوى التمييز هذه نيابة عن شخص آخر، فإن كلمة "أنت" تعني ذلك الشخص (مقدم الشكوى)، وليس أنت شخصيًا. يرجى إعطاء الإجابات التي سيقدمها المشتكي إذا كان يملأ النموذج.

* 3. شكوى التمييز هذه تتعلق بشيء حدث لـ (يرجى تحديد المربع المناسب):

أنا فقط

أنا وأشخاص آخرون

3A أنا عميل موظف طالب عمل

* 4. يرجى إعطاء اسم مركز **WorkSource** أو مزود الخدمة أو المنظمة التي تشكو منها. إذا كان لديك أي معلومات اتصال لمزود الخدمة أو المنظمة، فيرجى تقديم هذه المعلومات أيضًا.

* اسم المكتب أو المنظمة

رقم (أرقام) الهاتف

عنوان الشارع أو البريدي

عنوان البريد الإلكتروني

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

رقم (أرقام) الهاتف

5* ما هو البرنامج المتضمن في التمييز الذي تشكو منه؟ إذا كنت لا تعرف اسم البرنامج، وكانت شكاوك المتعلقة بالتمييز لا تتعلق بمركز WorkSource أو مزود خدمة، يرجى تحديد "لا أعرف".

برنامج قانون الابتكار والفرص في القوى العاملة (WIOA)

برنامج العمال الزراعيين المهاجرين والموسمين

- برنامج استحقاقات تأمين البطالة
- خدمة التوظيف أو خدمة العمل
- برنامج قانون المساعدة التجارية
-

- أخرى (أي برنامج؟)
- لا أعلم
-

6. من هو الشخص (الأشخاص) في مركز WorkSource أو مزود الخدمة أو المنظمة المدرجة رداً على البند 4 أعلاه الذي شارك في التمييز المزعوم؟ إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر لإدراج جميع الأشخاص، فيرجى إرفاق المزيد من الصفحات بهذا النموذج.

رقم الهاتف

المسمى
الوظيفي

اسم الشخص

7* ماذا تعتقد كان أساس (سبب) التمييز المزعوم؟ الرجاء تحديد مربع بجوار الأساس (السبب) الذي تعتقد أنه متورط في التمييز المزعوم، واجب على أي أسئلة أخرى تتوافق مع هذا المربع. إذا لم تحدد خانة واحدة على الأقل، فسوف تبطن معالجة شكاوك بشأن التمييز. يمكنك تحديد أكثر من مربع.

بسبب أصلي القومي (الرجاء الإجابة على الأسئلة أدناه).

هل انت اسباني ام لاتيني؟

لا نعم

ما هو أصلك القومي (البلد الذي أنتيت منه أنت أو والديك أو أجدادك أو أسلافك السابقون)؟

بسبب إجادتي للغة الإنجليزية المحدودة (ما هي اللغة التي تشعر براحة أكبر في التواصل بها؟)

(على سبيل المثال، الإسبانية، الكرواتية، الكمبيوترية)

بسبب عرقي (يرجى الإجابة على الأسئلة أدناه).

(ما هو عرقك؟ يرجى التأشير على كل ما ينطبق)

أبيض أو قوقازي

أسود أو أمريكي من أصل أفريقي

الهنود الأمريكيون أو سكان الاسكا الأصليين

آسيوي

من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ

بسبب الجنس / النوع (يرجى التديد

ذكر أنثى

بسبب لوني بسبب ديني (ما هي تاريخ ميلادك؟) بسبب عمري

بسبب اعتقادي السياسي أو معتقداتي السياسية

بسبب إعاقتي (يرجى تحديد أحد المربعات التالية).

لدي سجل إعاقة.

لدي إعاقة (قد تكون نشطة أو غير نشطة حالياً)

لا أعاني من إعاقة، لكن المنظمة أو البرنامج يعاملني كمن لديه إعاقة.

بسبب جنسيتي (ما هي جنسيتي؟)

بسبب مشاركتي في برنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية (اسم البرنامج)

تعرضت للانتقام من (الانتقام) لأنني اشتكيت من التمييز، أو لأنني أدليت بإفادة أثناء التحقيق، أو شهدت في دعوى بشأن التمييز، أو كنت متورطاً بطريقة أخرى في شكوى تمييز.

8* يرجى توضيح ما حدث، وكيف تضررت (أو تعرض أي شخص آخر) لما حدث، وكيف ولماذا تعتقد أن ما حدث كان بسبب التمييز. إذا تم التعامل مع أشخاص أو مجموعات أخرى بشكل مختلف عنك، فيرجى وصف الأشخاص الذين عوملوا بشكل مختلف، وكيف كانت معاملتهم مختلفة، وكيف أضرت بك المعاملة المختلفة (أو الأشخاص الآخرين الذين تعتقد أنهم تعرضوا للتمييز). يرجى أن تكون محدداً ومختصراً. أعط اسم (أسماء) ومعلومات الاتصال الخاصة بأي من الأشخاص المعنيين.

إذا كانت إجابتك لا تتناسب مع المساحة الموجودة أدناه، فيرجى استخدام المزيد من الصفحات الورقية لإكمال إجابتك، وإرفاق هذه الصفحات بهذا النموذج.

9* في أي تاريخ (تواريخ) حدث التمييز المزعم؟

9A . تاريخ الإجراء الأول:

9B. تاريخ أحدث إجراء:

9C. إذا كان تاريخ آخر إجراء تمييزي يُزعم أنه مضى عليه أكثر من 180 يومًا ، فيرجى توضيح سبب عدم تقديمك شكوى تمييز قبل الآن.

10. يرجى ذكر أديان أي أشخاص آخرين (شهود أو زملاء عمل أو مشرفين أو غيرهم) لم تقم بتسميتهم بالفعل والذين يجب أن نتصل بهم للحصول على معلومات حول شكاك بشأن التمييز. أرفق صفحات إضافية إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر لهذه المعلومات

اضل وقت للاتصال بهذا الشخص

العلاقة بالقضية (شاهد، زميل في العمل، إلخ.)

اسم الشخص.

رقم (أرقام) الهاتف و / أو عنوان (عناوين) البريد الإلكتروني حيث يمكننا الاتصال بهذا الشخص.

12 ما هي العلاجات التي تطلبها؟

* 13. الرجاء التوقيع على هذا النموذج وتاريخه في المساحة المناسبة أدناه.

توقيع المشتكى

التاريخ

توقيع ممثل مقدم الشكوى

التاريخ