

वाशिंगटन भेदभाव उजुरी सूचना फारम

कृपया ध्यान दिएर यो फारम पढनुहोस्। तपाईंको उत्तर टाइप वा प्रिन्ट गर्नुहोस्। सम्भव भएसम्म प्रत्येक प्रश्नको जवाफ दिनहोस्। यदि तपाईं यस फारम मा तपाईंको पूरा जवाफ अटाउन सक्नुभएन भने, तपाईं थप पृष्ठहरु थप्न सक्नुहुन्छ।

यदि एक प्रश्न वा क्षेत्रको छेउमा एक तारा (*) छ भने, तपाईंले त्यो जानकारी प्रदान गर्नु पर्छ। अनुरोध गरेको बाहेक अन्य जानकारी प्रदान गर्नु वैकल्पिक छ, तर तपाईंको भेदभाव उजुरी को प्रसंस्करण मा वर्कसोर्स वाशिंगटन लाई सहयोग गर्दछ। यदि तपाईं लाई एक प्रश्न को उत्तर थाहा छैन भने, जवाफ को लागि खाली ठाउँ मा "थाहा छैन" राख्नुहोस्। यदि तपाईंको मामला मा प्रश्न लागू हुदैन भने, "n/a" राख्नुहोस्।

*1. के तपाईं उजुरीकर्ता वा उजुरीकर्ताको प्रतिनिधि हुनुहुन्छ? कृपया सही बक्स मा चिनो लगाउनु होस्। उजुरीकर्ता प्रतिनिधि

*2. कृपया तपाईंको नाम दिनुहोस् र अन्य जानकारी हामी तलका लाइनहरुमा तपाईंलाई सोछौं। यदि तपाईं उजुरीकर्ताको प्रतिनिधि हुनुहुन्छ भने, उजुरीकर्ताको नाम र यस खण्डमा सम्पर्क जानकारी दिनुहोस्, र तपाईंको आफ्नै नाम र सम्पर्क जानकारी 2A मा दिनुहोस्।

* उजुरीकर्ताको नाम

* सडक ठेगाना

* शहर

* राज्य

जिप कोड

टेलिफोन नम्बर (हरू) जसले हामी तपाईं संग सम्पर्क सकछौं।

इ - मेल ठेगाना

तपाईंलाई सम्पर्क गर्न को लागि उत्तम समय

2A. यदि तपाईं उजुरीकर्ता को प्रतिनिधि हुनुहुन्छ भने, कृपया यस खण्डमा तपाईंको नाम र सम्पर्क जानकारी दिनुहोस्।

प्रतिनिधि को नाम

प्रतिनिधिको संगठन (यदि छ भने)

सडक ठेगाना

शहर

राज्य

जिप कोड

टेलिफोन नम्बर (हरू) जसले हामी तपाईं संग सम्पर्क गर्न सकछौं। (यदि तपाईं हामीलाई त्यहाँ फोन गर्न चाहनुहुन्न भने तपाईंको काम को नम्बर नदिनुहोस्)

इ - मेल ठेगाना

तपाईंलाई सम्पर्क गर्न को लागि उत्तम समय

यस फारम मा बाँकी प्रश्नहरु को लागी, यदि तपाईं अरु कसैको तर्फ बाट यो भेदभाव उजुरी दायर गर्दै हुनुहुन्छ भने, "तपाईं" भन् ना ले त्यो व्यक्ति (उजुरीकर्ता) हो, तपाईं व्यक्तिगत रूपमा होइन। कृपया उत्तर दिनुहोस् जुन उजुरीकर्ता ले दिने थिए यदि उनी फारम भर्दै थिए भने।

*3. यो भेदभाव उजुरी के हि को बारे मा छ जे भयो (कृपया उपयुक्त बक्स चे क गर्नुहोस्):

मात्र

म र अन्य मानिसहरु

अन्य मानिसहरु, तर म होइन

3A. म हूँ: ग्राहक

कर्मचारी

रोजगार आवेदक

*4. कृपया कार्य स्रोत केन्द्र को नाम दिनुहोस्, सवा प्रदायक वा संगठन जसको बारेमा तपाईं गुनासो गर्दै हुनुहुन्छ। यदि तपाईं सेवा प्रदायक वा संगठन को लागी कुनै सम्पर्क जानकारी छ भने, कृपया त्यो जानकारी पनि दिनुहोस्।

* कार्यालय वा संगठन को नाम

टेलिफोन नम्बर (हरू)

सडक वा पत्राचार ठेगाना

इ - मेल ठेगाना

शहर

राज्य

जिप कोड

टालफान नम्बर (हरू)

*5. कुन कार्यक्रम भेदभावमा संलग्न थियो जसको बारेमा तपाईं गुनासो गर्दै हुनुहुन्छ? यदि तपाईं लाई कार्यक्रम को नाम थाहा छैन, र तपाईंको भेदभाव गुनासो मा कार्य स्रोत केन्द्र वा सेवा प्रदायक शामिल छैन भने, कृपया जाँच गर्नुहोस् "थाहा छैन।

कार्यबल नवाचार र अवसर अधिनियम (WIOA) कार्यक्रम

प्रवासी र मौसमी खेत श्रमिक कार्यक्रम

बेरोजगारी बीमा लाभ कार्यक्रम

अन्य (के कार्यक्रम?)

रोजगार सेवा वा जागिर सेवा

थाहा छैन

व्यापार सहायता ऐन

कार्यक्रम

6. वर्कसोर्स सेन्टर, सेवा प्रदायक वा माथिको ४ आइटमको प्रतिक्रियामा सूचीबद्ध संगठनमा कस्ता व्यक्ति (हरु) कथित भेदभावमा संलग्न थिए? यदि तपाईं सबै मानिसहरु को सूची को लागी अधिक ठाउँ को जरूरत छ भने, कृपया यो फारम मा अधिक पृष्ठहरु गास्नुहोस्।

व्यक्तिको नाम

जागिर पद

टेलिफोन नम्बर

*7. तपाईंको विचारमा कथित भेदभावको आधार (कारणहरु) के थियो? कृपया आधार (कारण) को छुट्टा एउटा बक्स चेक गर्नुहोस् यदि त्यो कथित भेदभाव तपाईंको विचारमा सम्मिलित थियो भने, र त्यो बक्स सँगै जाने कुनै अन्य प्रश्नहरुको उत्तर दिनुहोस्। यदि तपाईं कम्तीमा एक बक्स जाँच गर्नुहुन्न भने, तपाईंको भेदभाव उजुरीको प्रक्रिया ढिलो हुनेछ। तपाईं एक भन्दा बढी बक्स चेक गर्न सक्नुहुन्छ।

मेरो राष्ट्रिय मूलको कारण (कृपया तलका प्रश्नहरुको जवाफ दिनुहोस्।)

तपाईं हिस्पैनिक वा ल्याटिनो हुनुहुन्छ? हो होइन

तपाईंको राष्ट्रिय मूल के हो (देश जहाँ बाट तपाईं, तपाईंका आमा बुबा, हजुरबा हजुरआमा, वा तपाईंको पुर्खाहरु आउनुभयो)?

मेरो सीमित अंग्रेजी प्रवीणताको कारण (कुन भाषा हो जसमा तपाईं सबैभन्दा सहज कुराकानी गर्न सक्नुहुन्छ?)

उदाहरण को लागी, स्पेनिश, क्रोएशियाई, कम्बोडियन)

मेरो जाति को कारण (कृपया तलका प्रश्नहरुको जवाफ दिनुहोस्।)

तपाईंको जात के हो? कृपया लागू हुने सबै जाँच गर्नुहोस्।

सेतो वा कोकेशियन

कालो वा अफ्रीकी अमेरिकी

अमेरिकी इन्डियन वा अलास्का मूल निवासी

एसियन

मूल निवासी हवाईयन वा अन्य प्रशान्त टापूमा बस्ने व्यक्ति

मेरो सेक्स/लिंग को कारण (निर्दिष्ट गर्नुहोस्: पुरुष महिला)

मेरो रंग को कारण

मेरो धर्म को कारण

मेरो उमेर को कारण (तपाईंको जन्म मिति के हो?)

मेरो राजनीतिक सम्बन्ध वा राजनीतिक विश्वास को कारण

मेरो अपांगताको कारण (कृपया निम्न तीन बक्स मध्ये एक चेक गर्नुहोस्।)

मसँग एउटा अपांगता को रेकर्ड छ।

मसँग अपांगता छ (जुन वर्तमानमा सक्रिय वा निष्क्रिय हुन सक्छ)।

मसँग अपांगता छैन, तर त्यो संगठन वा कार्यक्रम ले मलाई अपाङ्ग जस्तै व्यवहार गर्छ।

मेरो नागरिकताको कारण (तपाईंको नागरिकता के हो?)

संघीय वित्तीय सहायता प्राप्त गर्ने एक कार्यक्रम मा मेरो सहभागिता को कारण (त्यो कार्यक्रम को नाम।)

म विरुद्ध प्रतिशोध गरियो (प्रतिशोध) किनभने मैले भेदभावको बारेमा गुनासो गरेको थिएँ, वा किनभने मैले एक अनुसन्धानको क्रममा एक बयान दिए, भेदभावको बारेमा एक कार्यवाही मा प्रमाणित दिए, वा एक भेदभाव वा उजुरी संग कुनै अन्य तरीका मा संलग्न थिएँ।

*8 कृपया बताउनुहोस् के भयो, तपाईं (वा अरु कोहि) लाई कसरी हानि गरियो र केले , र कसरी वा किन तपाईं सोच्नुहुन्छ कि के भयो भेदभाव को कारण थियो। यदि अन्य व्यक्ति वा समूहहरू लाई तपाईं भन्दा फरक तरिकाले व्यवहार गरीएको थियो भने, कृपया वर्णन गर्नुहोस् कसलाई फरक तरिकाले व्यवहार गरियो, कसरी उनीहरूको व्यवहार फरक थियो, र कसरी फरक व्यवहार ले तपाईंलाई हानि पुर्‍यायो (वा अन्य मानिसहरू जसको बिरुद्ध भेदभाव गरिएको थियो तपाईं को बिचारमा ।) कृपया विशिष्ट र छोटो हुनुहोस्। संलग्न व्यक्तिहरूको नाम र सम्पर्क जानकारी दिनुहोस्।

यदि तपाईंको जवाफ तलको ठाउ मा आटेन भने, कृपया कागज को अधिक पृष्ठहरू को उपयोग गरि तपाईंको उत्तर समाप्त गर्नुहोस्, र ती पानाहरू लाई यो फारम मा गासु होस्।

***9. कथित भेदभाव कुन मिति(हरू) मा भयो?**

9A. पहिलो कार्यको मिति: _____

9B. सबै भन्दा भर्खरको कार्यको मिति: _____

9C. यदि सबैभन्दा भर्खर कथित रूपमा भेदभावपूर्ण कारबाहीको मिति १८० दिन भन्दा पहिले थियो भने, कृपया बताउनुहोस् कि तपाईंले किन एक भेदभाव उजुरी आज भन्दा अगाडी फाइल गर्नुभएन ।

10. कृपया तल सूची गर्नुहोस् कुनै पनि अन्य व्यक्ति (साक्षीहरू, सहकर्मीहरू, पर्यवेक्षकहरू, वा अन्य) जसको नाम तपाईंले पहिले नै लिनुभएको छैन र जसलाई हामीले तपाईंको भेदभाव उजुरीको बारेमा जानकारीको लागि सम्पर्क गर्नु पर्छ। यदि तपाईं यो जानकारीको लागि अधिक ठाउँको जरूरत छ भने अतिरिक्त पृष्ठहरू गास्रहोस्।

व्यक्तिको नाम

मामलाको सम्बन्ध (साक्षी, सहकर्मी, आदि)

यो व्यक्तिलाई सम्पर्क गर्नको लागि उत्तम समय।

टेलिफोन नम्बर (हरू) र/वा ई-मेल ठेगाना (हरू) जहाँ हामी यो व्यक्तिसँग सम्पर्क गर्न सकौं।

12. तपाईंके उपचारको लागि सोध्दै हुनुहुन्छ?

***13. कृपया यो फारमको तल उपयुक्त ठाउँमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्।**

उजुरीकर्ताको हस्ताक्षर

मिति

उजुरीकर्ताका प्रातानाथको हस्ताक्षर

दिनांक