

## نموذج معلومات الشكوى من التمييز

استخدم هذا النموذج لتقديم شكوى ضد التمييز لدى قسم تنمية تكافؤ الفرص. قد تكون الشكوى ضد: موظف قطاع عام أو خاص أبحاثك إليه وزارة العمل في ولاية نيويورك، أو ضد وزارة العمل في ولاية نيويورك أو موظفيها، والمستفيدين من التمويل الفيدرالي بموجب قانون الابتكار والفرص للقوى العاملة (WIOA) لادعاءات التمييز فيما يتعلق ببرامجها وخدماتها وأنشطتها. سيتم الحفاظ على سرية اسمك ومعلوماتك إلى أقصى حد يسمح به القانون.

للمزيد من المعلومات قم بزيارة: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> أو اتصل برقم: (518) 457-9000 أو (888) 469-7365. يمكن للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الصم المكفوفين أو أولئك الذين يعانون من إعاقة في الكلام الاتصال بخدمة الترحيل بولاية نيويورك عبر رقم (800) 662-1220 لـ TTYITTD، أو 211 في مدينة نيويورك، أو 711 في بقاع أخرى من الولاية.

### التعليمات:

- أرسل النموذج مكتمل البيانات والموقع وأي مستندات مؤيدة إلى العنوان المبين أعلاه.
- ملاحظة: يجب أن يوقع الشخص المقدم للشكوى، أو ممثله (انظر رقم 10)، ويثبت التاريخ على رقم 13.
- إذا احتجت إلى مساعدة في استكمال هذا النموذج، يمكنك الاتصال بقسم تنمية تكافؤ الفرص [DEOD] عبر رقم 518-457-1984. ملاحظة: يجب تقديم الشكوى بموجب قانون الفرص والابتكار للقوى العاملة في غضون (180) يوماً من تاريخ وقوع الحادث.

### 1. بيانات مقدم الشكوى (الشخص مقدم الشكوى):

الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط: \_\_\_\_\_ الاسم الأخير: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ رقم هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) رقم هاتف العمل: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

هل أنت موظف بوزارة العمل في ولاية نيويورك؟  نعم  لا

### 2. بيانات المشتكى ضده (الوكالة، أو جهة العمل، أو الموظف الذي تشكو منه):

الاسم: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

### 3. ما أنسب وقت لتواصل معك بشأن هذه الشكوى؟ ص م.

4d – 4a صف شكواك بإيجاز. كن واضحاً قدر الإمكان. إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز، يُرجى وصف كيفية حدوث ذلك بالتفصيل. أرفق أوراقاً إضافية، عند اللزوم. وأرفق أيضاً أي مواد كتابية متعلقة بدعواك.

4a. ماذا حدث؟ يُرجى ذكر مكان حدوث ذلك.

---

---

---

البرنامج/ جهة التوظيف الملزمة بمبدأ تكافؤ الفرص  
تتوفر الأدوات المساعدة وكذلك الخدمات فور طلبها وتكون مجانية للأفراد ذوي الإعاقة.

4b. من كان مشاركاً؟ الشهود، أو الزملاء الموظفون، أو المشرفون، أو غيرهم. اذكر الاسم، والعنوان، ورقم الهاتف، إذا كان معروفاً.

---



---



---

4c. متى حدث ذلك؟ وفي أي تاريخ؟

4d. كيف عُولمت بشكل مختلف؟

---



---



---

5. كيف يُرضيك حل هذه الشكوى؟

---



---

6. هل عُرضت عليك خدمات التوظيف؟  نعم  لا

7. هل تشعر أنك تعرضت للتمييز؟  نعم (إذا كانت الإجابة "نعم" أكمل النموذج من رقم 1 إلى رقم 13)  لا (إذا كانت الإجابة "لا"، انتقل إلى رقم 13)

8. كيف تعرضت للتمييز؟ حدّد كل ما ينطبق. وأدخل البيانات المطلوبة.

<input type="checkbox"/> العرق (حدّد):	<input type="checkbox"/> الاستعداد الوراثي وحالة الناقل (حدّد):
<input type="checkbox"/> اللون (حدّد):	<input type="checkbox"/> حالة المحاربين القدامى (حدّد):
<input type="checkbox"/> الدين (حدّد):	<input type="checkbox"/> العمر (أدخل تاريخ الميلاد):
<input type="checkbox"/> الأصل القومي (حدّد):	<input type="checkbox"/> الميل الجنسي:
<input type="checkbox"/> الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> الانتماء السياسي (حدّد):
<input type="checkbox"/> سجل التوقيف والإدانة (حدّد):	<input type="checkbox"/> ضحية العنف الأسري:
<input type="checkbox"/> الإعاقة (حدّد):	<input type="checkbox"/> الثأر/ الانتقام (حدّد):
<input type="checkbox"/> الحالة الاجتماعية (حدّد):	<input type="checkbox"/> غير ذلك (حدّد):
<input type="checkbox"/> الجنسية (حدّد):	
<input type="checkbox"/> التحرش الجنسي:	

9. في رأيك، ما سبب حدوث ذلك؟

---

10. هل لديك محام أو وكيل آخر في هذه الشكوى؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى إدخال بياناتهم أدناه:

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

البرنامج/ جهة التوظيف الملزمة بمبدأ تكافؤ الفرص  
تتوفر الأدوات المساعدة وكذلك الخدمات فور طلبها وتكون مجانية للأفراد ذوي الإعاقة.

رقم الشكوى:

11. هل رفعت دعوى أو تقدمت بشكوى بشأن هذا الحدث أمام أي من الجهات التالية؟

- وزارة العدل الأمريكية، قسم الحقوق المدنية  
 وزارة العمل في ولاية نيويورك، قسم تنمية تكافؤ الفرص  
 لجنة الولايات المتحدة لتكافؤ فرص العمل  
 شعبة الحقوق المدنية في ولاية نيويورك  
 وزارة العمل الأمريكية، مركز الحقوق المدنية  
 محكمة فيدرالية أو محكمة الولاية  
 غير ذلك:

12. لكل وكالة وضعت أمامها علامة في رقم 11، يُرجى إدخال البيانات التالية:

الوكالة:	الوكالة:
تاريخ التقديم:	تاريخ التقديم:
رقم القضية أو الدعوى:	رقم القضية أو الدعوى:
تاريخ المحاكمة أو جلسة الاستماع:	تاريخ المحاكمة أو جلسة الاستماع:
مكان الوكالة أو المحكمة:	مكان الوكالة أو المحكمة:
اسم المحقق:	اسم المحقق:
وضع القضية:	وضع القضية:
التعليقات:	التعليقات:

الوكالة:	الوكالة:
تاريخ التقديم:	تاريخ التقديم:
رقم القضية أو الدعوى:	رقم القضية أو الدعوى:
تاريخ المحاكمة أو جلسة الاستماع:	تاريخ المحاكمة أو جلسة الاستماع:
مكان الوكالة أو المحكمة:	مكان الوكالة أو المحكمة:
اسم المحقق:	اسم المحقق:
وضع القضية:	وضع القضية:
التعليقات:	التعليقات:

13. أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي.

وأمنح الإذن بالكشف عن هذه المعلومات لوكالات الإنفاذ من أجل إجراء تحقيق في شكواي.

وأفهم أنه سيتم الحفاظ على سرية هويتي إلى أقصى حد ممكن بما يتفق مع القانون (أو القوانين) المعمول به.

توقيع مقدم الشكوى أو توقيع الممثل (انظر رقم 10):

التاريخ:

البرنامج/ جهة التوظيف الملزمة بمبدأ تكافؤ الفرص  
تتوفر الأدوات المساعدة وكذلك الخدمات فور طلبها وتكون مجانية للأفراد ذوي الإعاقة.

هذه نهاية نموذج الشكوى. لا تكتب أسفل هذا الخط.

## ----- للموظفين العاملين في وزارة العمل في ولاية نيويورك فقط -----

أ. نوع الشكوى. حدد كل ما ينطبق: متعلقة بالأجر  المبيدات الحشرية  عمل الأطفال  الصحة/ السلامة  ظروف العمل  المسكن  التمييز  أخرى: \_\_\_\_\_

ب. هل الشكوى مرتبطة بـ ES؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، رقم الطلب: \_\_\_\_\_  
 ضد خدمة التوظيف؟  ضد جهة العمل؟  مخالفة مزعومة للوائح ES؟  
 مخالفة مزعومة لقوانين التوظيف؟  
 عمال المزارع المهاجرون والموسميون (MSFW) بشكوى متعلقة بالقوانين التي تنفذها معايير العمل بولاية نيويورك أو إدارة السلامة والصحة المهنية (OSHA)؟

ج. عمال المزارع المهاجرون والموسميون (MSFW)؟  نعم  لا

د. خارج جهة العمل بالولاية؟  نعم  لا

هـ. H-2A / جهة العمل المعيارية؟  عامل محلي بالولايات المتحدة  عامل H-2A  أجر  سكن   
 مواصلات  واجبات  غير ذلك (حدّد): \_\_\_\_\_

و. إحالة إلى:  موظف EO بولاية نيويورك  ESA  إدارة السلامة والصحة المهنية (OSHA)  محام مراقب بولاية نيويورك   
 معايير العمل بولاية نيويورك  غير ذلك: إذا كانت الإجابة "غير ذلك"، أدخل البيانات التالية:

اسم الوكالة: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

ز. تابع؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم،  شهرياً  ربع سنوي  تاريخ المتابعة: \_\_\_\_\_  
 التعليقات: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

استلم الشكوى: \_\_\_\_\_ المنصب: \_\_\_\_\_

المكتب: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

## ----- للموظفين العاملين في وزارة العمل الأمريكية فقط -----

رقم الدعوى: \_\_\_\_\_

ح. استلم CIF مركز الحقوق المدنية:  مقبول  غير مقبول

التعليقات: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

تم الاستلام من قبل: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

البرنامج/ جهة التوظيف الملزمة مبدأ تكافؤ الفرص  
 تتوفر الأدوات المساعدة وكذلك الخدمات فور طلبها وتكون مجانية للأفراد ذوي الإعاقة.