

# WE ARE YOUR DOL



A proud partner of the American Job Center network

## نموذج معلومات شكوى العميل

رقم الشكوى:

**التعليمات:** إذا كانت لديك شكوى، فيرجى استكمال بيانات هذا النموذج وتسليمه إلى موظف مركز التوظيف. وإذا كانت هذه الشكوى متعلقة بالتمييز، فيتعين عليك إما تسليم هذا النموذج إلى مسؤول تكافؤ الفرص في مركز التوظيف (Career Center Equal Opportunity) أو إرسالها على العنوان التالي: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12240**. إذا لزم الأمر، فأرفق صفحات إضافية وأي مستندات ذات صلة بآدعائك.

### 1. مقدم الشكوى (استكمل معلوماتك)

الاسم الأول \_\_\_\_\_ الأوسط \_\_\_\_\_ الاسم الأخير \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
عنوان بديل (إن وُجد) \_\_\_\_\_  
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) \_\_\_\_\_ هاتف المنزل \_\_\_\_\_ هاتف بديل \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_  
ما أنسب وقت وطريقة لتواصل معك بشأن هذه الشكوى؟ \_\_\_\_\_  
أمنح موافقتي على مشاركة المعلومات المتعلقة بهذه الشكوى مع (اذكر أسماء أفراد الأسرة، والأصدقاء، وما إلى ذلك الذين يمكنهم تلقي معلومات حول هذه الشكوى): \_\_\_\_\_

### 2. المشتكى عليه (املأ المعلومات الخاصة بموضوع شكواك)

الوكالة، أو الشركة، أو الموظف الذي تتقدم بشكوى ضده: \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

2أ. هل المشتكى عليه مركز توظيف؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فهل هذه الشكوى بخصوص  تدريب  خدمة عملاء  غير ذلك \_\_\_\_\_

2ب. هل المشتكى عليه شركة؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فهل أحالك إلى هذه الشركة موظف مركز التوظيف؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟ \_\_\_\_\_

2ج. هل المشتكى عليه مزرعة؟  نعم  لا

2د. ما سبب شكواك (حدّد جميع ما ينطبق)؟

الأجور/الأجور غير المدفوعة  عمالة الأطفال  الصحة والسلامة  ظروف العمل  المسكن  المواصلات

الوجبات  المبيدات الحشرية  غير ذلك \_\_\_\_\_

2هـ. هل تتعلق شكواك بالتمييز؟  نعم  لا

3. صِف شكواك بإيجاز. كن واضحًا قدر الإمكان. إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز، فيرجى وصف كيفية حدوث ذلك بالتفصيل.

أ. ماذا حدث؟

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ب. من كان مشاركا؟ (الشهود، الزملاء الموظفون، المشرفون، ما إلى ذلك) اذكر الاسم، والعنوان، ورقم الهاتف، إذا كان معروفاً.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ج. متى وأين حدث ذلك (اذكر التاريخ)؟

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

د. إذا كنت تعتقد أنه تمت معاملتك بطريقة مختلفة، فصف كيف حدث ذلك.

\_\_\_\_\_

4. هل عرضت عليك خدمات التوظيف؟  نعم  لا

5. كيف يُرضيك حل هذه الشكوى؟

إذا كانت هذه شكوى بخصوص التمييز، فاملأ الأرقام من 6 إلى 10. وإذا لم تكن هذه شكوى بخصوص التمييز، فانتقل إلى رقم 11.

6. حدّد جميع ما ينطبق.

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

7. في رأيك، ما سبب وقوع هذه الأحداث؟

8. هل لديك محام أو ممثل آخر لهذه الشكوى؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فيُرجى ملء البيانات التالية:

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

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

<input type="checkbox"/> وزارة العدل الأمريكية، قسم الحقوق المدنية	<input type="checkbox"/> وزارة العمل في ولاية نيويورك، قسم تنمية تكافؤ الفرص
<input type="checkbox"/> لجنة الولايات المتحدة لتكافؤ فرص العمل	<input type="checkbox"/> شعبة حقوق الإنسان في ولاية نيويورك
<input type="checkbox"/> وزارة العدل الأمريكية، مركز حقوق الإنسان	<input type="checkbox"/> محكمة فيدرالية أو محكمة الولاية
<input type="checkbox"/> غير ذلك	

10. لكل وكالة وضعت أمامها علامة في رقم 9، يُرجى ملء المعلومات التالية:

الوكالة _____ تاريخ التقديم _____ / /	الوكالة _____ 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 _____

11. أفز بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي. وأمنح الإنن بالكشف عن هذه المعلومات لوكالات الإنفاذ من أجل إجراء تحقيق سليم في شكواي. وأفهم أنه سيتم الحفاظ على سرية هويتي إلى أقصى حد ممكن بما يتفق مع القانون المعمول به واتخاذ قرار منصف في شكواي.

التاريخ _____	توقيع مقدم الشكوى _____
الموظف متلقي الشكوى _____	(الاسم بأحرف واضحة)
التاريخ _____	التوقيع _____
رقم الهاتف _____ ( )	مركز التوظيف _____