

لجنة التوظيف في فرجينيا (VEC)
خدمات إدارة الموارد البشرية
صندوق بريد ٢٦٤٤١
Richmond, VA 23261-6441
٧٨٦-٣٤٦٦ / (٨٠٤) ٢٨١٤-٣٧١ فاكس
مركز الترحيل في فرجينيا: ٧١١

نموذج شكوى للتضرر من تمييز يتعلق بتكافؤ الفرص

يرجى قراءة النموذج بعناية. ثم سجل إجاباتك بخط اليد أو على الكمبيوتر. كما يرجى أيضاً تقديم إجابة كاملة عن كل سؤال قدر الإمكان. وإذا لم تكفِ المساحة المخصصة للإجابة في هذا النموذج لاستيعاب إجاباتك الكاملة، يمكنك إضافة مزيد من الصفحات. وإذا لم تعرف الإجابة على سؤال، فاكتب "غير معروف" في المساحة المخصصة للإجابة. وإذا لم ينطبق السؤال على حالتك، فاكتب "لا ينطبق".

١. هل أنت مقدم الشكوى نفسه (عميل لدى لجنة التوظيف في فرجينيا) أم نائب عنه؟ يرجى تحديد خانة الاختيار الصحيحة.

يرجى تحديد خانة الاختيار الصحيحة ☐ مشتكٍ ☐ نائب عنه

٢. يرجى كتابة اسمك والمعلومات الأخرى التي نسأل عنها في الأسطر التالية. وإذا كنت نائباً عن مقدم الشكوى، يرجى كتابة اسمه ومعلومات جهة الاتصال الخاصة به في هذا القسم، واكتب اسمك ومعلومات جهة اتصالك أنت في القسم ٣.

اسم مقدم الشكوى

عنوان الشارع

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

رقم (أرقام) الهاتف الذي يتيح لنا التواصل معك. (لا تكتب رقم هاتف العمل إذا لم ترغب في التواصل معك في جهة عملك).

عنوان البريد الإلكتروني

أفضل وقت للتواصل معك

٣. إذا كنت نائباً عن مقدم الشكوى، يرجى كتابة اسمك ومعلومات جهة الاتصال الخاصة بك في هذا القسم، وأرفق الخطاب -أو غير ذلك من الوثائق- الذي يحمل توقيع مقدم الشكوى، يخولك فيه بأن تكون نائباً عنه.

اسم النائب

جهة عمل النائب (إذا كان ينطبق)

عنوان الشارع

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

رقم الهاتف

عنوان البريد الإلكتروني

بالنسبة لبقية الأسئلة الواردة أدناه في هذا النموذج: إذا كنت تملأ هذه الشكوى بالنيابة عن شخص آخر، فستعني كلمة "أنت" ذلك الشخص (مقدم الشكوى نفسه)، ولا تعنيك أنت شخصياً. ويرجى كتابة الإجابات التي تظن أن مقدم الشكوى كان سيكتبها لو ملأ النموذج بنفسه.

٤. هذه الشكوى بخصوص شيء ما حدث (يرجى تحديد خانة الاختيار المناسبة):

☐ أشخاص آخرون، وليس أنا

☐ أنا وأشخاص آخرون

☐ لي أنا فقط

٥. يرجى كتابة اسم المؤسسة، أو المنظمة، أو الشركة التي تشتكيها. وإذا كانت لديك أي معلومات جهات اتصال تخص المؤسسة، أو المنظمة، أو الشركة و/أو إذا كنت تعلم اسم الشخص (الأشخاص) الذي تعتقد أنه مارس التمييز ضدك، يرجى كتابة هذه المعلومات كذلك. وإذا احتجت إلى مزيد من الأوراق لكتابة جميع المعلومات التي لديك، فلا تتردد في إرفاق مزيد من الأوراق لهذا النموذج.

اسم القسم، الوحدة، المكتب

رقم (أرقام) الهاتف

الشارع أو عنوان المراسلة البريدية

عنوان البريد الإلكتروني

اسم الشخص الذي تعتقد أنه مارس التمييز ضدك

المسمى الوظيفي

٦. ما البرنامج المتورط في التمييز الذي تقدم الشكوى بشأنه؟ وإذا كنت لا تعرف اسم البرنامج، ولا تتعلق شكواك بمركز توظيف أمريكي، ولا ولاية أو حكومة محلية، يرجى تحديد "لا أعرف".

☐ قانون الاستثمار في القوى العاملة و/أو برنامج قانون الابتكار والفرص في القوى العاملة

☐ التأمين ضد البطالة

☐ برنامج قانون المساعدة التجارية

☐ خدمات المحاربين القدامى

☐ خدمات إعادة التوظيف وتقييم الأهلية RESEA

☐ برنامج آخر (ما البرنامج؟) _____

☐ لا أعرف

٧. برأيك، على أي أساس تمت ممارسة التمييز -المزعم- ضدك؟ يرجى تحديد خانة الاختيار الموجودة بجوار جميع الأسس (الأسباب) التي تعتقد أنها كانت ذات صلة بالتمييز الذي تعرضت له، وأجب عن أي سؤال آخر يرتبط بخانة الخيار هذه.

☐ بسبب جنسيتي الأصلية (يرجى الإجابة عن الأسئلة أدناه.)

هل أنت من أصل إسباني أو لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا

ما جنسيتك الأصلية (البلد الذي تنتمي له أنت، ووالداك، وأجدادك، وأسلافك الأوائل)؟

☐ بسبب مهارتي المحدودة في اللغة الإنجليزية (ما اللغة التي تشعر براحة أكبر في التواصل بها؟ على سبيل المثال، الإسبانية، والكرواتية، والكمبودية)

☐ بسبب العرق الذي أنتمي إليه (يرجى الإجابة عن الأسئلة أدناه.)

ما عرقك؟ يرجى تحديد كل ما ينطبق.

☐ أبيض أو فوقازي

☐ أمريكي أسود أو من أصول أفريقية

☐ هنود أمريكا أو سكان ألاسكا الأصليون

☐ سكان هاواي الأصليين أو غيرها من جزر المحيط الهادئ

☐ أمريكي من أصل آسيوي

☐ أخرى _____

☐ بسبب الجنس الذي أنتمي إليه (ما جنسك؟) _____

☐ بسبب حملي

☐ تحرش جنسي

☐ بسبب توجهي الجنسي (ما توجهك الجنسي) _____

☐ بسبب هويتي الجنسية (ما هويتك الجنسية) _____

☐ التحرش الجنسي

☐ بسبب لوني (ما لونك؟) _____

☐ بسبب ديني (ما دينك؟) _____

☐ بسبب عمري (ما تاريخ ميلادك؟) _____

☐ حالة المحاربين القدامى

☐ بسبب انتمائي السياسي أو معتقدي السياسي (ما انتمائك السياسي أو معتقدك السياسي؟)

☐ بسبب إعاقتي (يرجى تحديد خانة اختيار واحدة من الخانات الثلاثة التالية.)

☐ أعاني من إعاقة (قد تكون مؤثرة أو غير مؤثرة في الوقت الحالي). (ما إعاقتك؟) _____

☐ لدي سجل إعاقة. (ما إعاقتك السابقة؟) _____

☐ لا أعاني من إعاقة لكن المؤسسة تعاملني كأنني معاق.

☐ بسبب حالة المواطنة (ما تصنيف حالة المواطنة؟) _____

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

☐ تعرضت للانتقام (الانتقام) بسبب تقديمي شكوى أظلم فيها من التمييز الذي تمت ممارسته ضدي، أو لأنني أدليت بشهادتي، أو اشتركت بأي شكل آخر في

شكوى ممارسة التمييز ضد أي شخص آخر. يرجى تقديم التفاصيل _____

٨. لكل أساس (سبب للتمييز) حددته أعلاه، يرجى شرح ما حدث؛ كيفية تضررك أنت (أو شخص آخر) نتيجة ما حدث، واذكر السبب الذي دفعك للاعتقاد بأن ما حدث كان بسبب الأساس الذي حددته ووضح كيفية ذلك. على سبيل المثال، إذا حددت خاتمة اختيار "بسبب العرق الذي أنتمي إليه"، فاذكر الحقائق التي تعتقد أنها تشرح السبب والكيفية وراء اعتقادك بأن ما حدث كان بسبب العرق الذي ينتمي إليه الأشخاص الذين تعرضوا للضرر.

إذا تم التعامل مع أشخاص أو مجموعات بطريقة مختلفة عنك (أو عن الأشخاص الآخرين الذين تعرضوا للتمييز)، يرجى كتابة نبذة عن هؤلاء الأشخاص الذين تم التعامل معهم بشكل مختلف، وتوضيح أوجه المعاملة المختلفة لهم، وكيفية تضررك أنت من تلك المعاملة المختلفة (أو تضرر الأشخاص الآخرين الذين تعرضوا للتمييز). يرجى الاختصار وكتابة التفاصيل ذات الصلة فقط. واكتب اسم (أسماء) أي شخص متورط في التمييز ومعلومات جهة الاتصال الخاصة به، إذا كانت متوفرة لديك.

إذا لم تكف المساحة المخصصة أدناه لاستيعاب إجابتك، يرجى استخدام مزيد من صفحات الورق لاستكمال إجابتك، وأرفق هذه الصفحات مع النموذج.

٩. في أي تاريخ (تواريخ) حدث التمييز المزعوم؟

أ. تاريخ الموقف الأول: _____

ب. تاريخ آخر موقف: _____

ج. إذا مرّ على تاريخ آخر موقف أكثر من ١٨٠ يومًا، يرجى توضيح سبب عدم تقديمك للشكوى من قبل. _____

١٠. يرجى أن تذكر أدناه أي أشخاص آخرين (شهود، أو زملاء عمل، أو مشرفون، أو غير ذلك) ممن ذكرت أسماءهم بالفعل، ويجب علينا التواصل معهم للحصول على مزيد من المعلومات حول شكاؤك. وأرفق مزيدًا من الصفحات إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية تكتب فيها هذه المعلومات.

أفضل وقت للتواصل مع هذا الشخص

علاقته بالحالة (شاهد، زملاء عمل، إلخ)

اسم الشخص

رقم (أرقام) الهاتف و/أو عنوان البريد الإلكتروني في المكان الذي يتيح لنا التواصل مع هذا الشخص.

١١. ما سُبُل جبر الضرر التي تطلبها؟

١٢. يرجى التوقيع على هذا النموذج وتدوين التاريخ عليه في المساحة المخصصة للمشتكي أدناه. كما يجب عليك أيضًا قراءة الإشعار الوارد في الصفحة التالية تحت عنوان "إشعار استخدام معلومات التحقيق" والتوقيع على نموذج الموافقة وتدوين التاريخ عليه.

التاريخ

توقيع المشتكي

يرجى إرسال الشكوى عبر البريد، أو البريد الإلكتروني، أو الفاكس باستخدام العناوين التالية:

Shirley M. Bray-Sledge
Human Relations Manager
Virginia Employment Commission
6606 West Broad Street
Richmond, Virginia 23230

البريد:

(٨٠٤) ٣٧١-٢٨١٤

الفاكس:

مركز الترحيل في فرجينيا: ٧١١

Shirley.bray-sledge@vec.virginia.gov

البريد الإلكتروني:

إرسال النموذج عبر البريد الإلكتروني

طباعة النموذج