

اداره توسعه اشتغال
فرم شکایت تبعیض

لطفاً از این فرم برای ثبت شکایت تبعیض به اداره توسعه اشتغال (EDD) استفاده کنید. برای ارسال شکایت تبعیض، این فرم را تکمیل کرده و به دفتر فرصت های شغلی برابر (EEO) ارسال کنید.

از طریق پست: Employment Development Department
Equal Employment Opportunity Office
PO Box 826880, MIC 49
Sacramento, CA 94280-0001

از طریق فکس: 1-916-654-9371
توجه به: Equal Employment Opportunity Office

1. اطلاعات شاکی:	
تلفن منزل:	_____
تلفن محل کار:	_____
تلفن همراه:	_____
نام:	_____
آدرس خیابان:	_____
شهر:	_____ ایمیل: _____
ایالت:	_____ کد پستی: _____

2. اطلاعات تماس شاکی:					
چه زمانی در ساعات اداری (8 صبح تا 5 بعد از ظهر) برای تماس تلفنی با شما در مورد این شکایت مناسب است؟					
روز	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنجشنبه	جمعه
زمان					
شماره تلفن					

3. اطلاعات تماس فرد(افرادی) که ادعا می کنید علیه شما تبعیض قائل شده اند:		
نام نهادی را که آن فرد یا افراد در آن کار می کنند ارائه کنید:		
نام اشخاصی که علیه شما تبعیض قائل شدند:		
آدرس فرد (افراد) / نهاد:		
شهر:	ایالت:	کد پستی:
تلفن:		
تاریخ اولین وقوع:		تاریخ آخرین وقوع:

4. در مورد این حادثه(حوادث) برای ما بگویید:

- به طور خلاصه توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده و چگونه مورد تبعیض قرار گرفته اید.
- تاریخ(های) زمان وقوع حوادث را ارائه دهید.
- مشخص کنید چه کسی علیه شما تبعیض قائل شده است. در صورت امکان، اسامی و عناوین را ذکر کنید.
- اگر با افراد دیگر متفاوت از شما رفتار شد، به ما بگویید که چگونه با آنها متفاوت رفتار شده است.
- اسنادی را که فکر می کنید ممکن است به ما در درک بهتر شکایت شما کمک کند، پیوست کنید.

5. لطفاً در زیر فهرستی از افراد (شاهد) را که ممکن است برای اطلاعات بیشتر برای پشتیبانی یا شفاف سازی شکایت با آنها تماس بگیریم، فهرست کنید.

نام	آدرس	تلفن

6. مبنای تبعیض:

- نوع تبعیضی را که تجربه کرده اید علامت بزنید، مانند سن، نژاد، رنگ، منشاء ملی، معلولیت و غیره.
- اگر فکر می‌کنید بیش از یک مبنا دخیل بوده است، می‌توانید بیش از یک کادر را علامت بزنید:

<input type="checkbox"/> سن - تاریخ تولد:	<input type="checkbox"/> تابعیت یا وضعیت به عنوان کارگر خارجی در ایالات متحده
<input type="checkbox"/> رنگ	<input type="checkbox"/> ناتوانی
<input type="checkbox"/> منشاء ملی (از جمله مهارت محدود انگلیسی)	<input type="checkbox"/> وابستگی یا اعتقاد سیاسی
<input type="checkbox"/> تلافی	<input type="checkbox"/> مذهب
<input type="checkbox"/> نژاد - نژاد را مشخص کنید:	<input type="checkbox"/> آزار جنسی
<input type="checkbox"/> جنسیت (از جمله بارداری، زایمان، و شرایط پزشکی مرتبط، کلیشه‌های جنسی، وضعیت ترانزجسیتی، و هویت/بیان جنسیتی)	<input type="checkbox"/> گرایش جنسی
	<input type="checkbox"/> سایر (مشخص کنید):

**7. آیا قبلاً علیه این فرد(افراد)/نهاد شکایت کرده اید؟
اگر بله، به سوالات زیر پاسخ دهید.**بله خیر بله خیر

a. شکایت شما کتبی بود؟

b. در چه تاریخی شکایت کردید؟

c. نام دفتری که در آن شکایت خود را ثبت کرده اید:

آدرس:

شهر: ایالت: کد پستی:

شماره تلفن: شخص طرف تماس (در صورت اطلاع):

d. آیا تصمیم یا گزارش نهایی به شما ارائه شده است؟ بله خیر
اگر "بله" را علامت زده اید، لطفاً یک نسخه از شکایت را پیوست کنید.**8. انتخاب نماینده شخصی:**

- می‌توانید انتخاب کنید که شخص دیگری نماینده شما در رسیدگی به این شکایت باشد. ممکن است یکی از اقوام، دوست، نماینده اتحادیه، وکیل یا شخص دیگری باشد.
- اگر شخصی را به نمایندگی از خود منصوب کنید، تمام ارتباطات ما با شما از طریق نماینده شما انجام می‌شود.

آیا می‌خواهید به یک نماینده شخصی برای رسیدگی به این شکایت اجازه دهید؟ بله خیر
اگر بله، بخش زیر را تکمیل کنید. اگر خیر، به بخش 9 بروید.**مجوز نماینده شخصی**

مایلم به فرد مشخص شده در زیر مجوز دهم تا از طرف من به عنوان نماینده شخصی من در مواردی مانند میانجیگری، کنفرانس های حل و فصل، یا تحقیقات مربوط به این شکایت اقدام کند.

نام:

 من وکیل مدافع شاکی هستم. من وکیل مدافع شاکی نیستم.

آدرس پستی:

شهر: ایالت: کد پستی:

تلفن: فکس:

ایمیل:

9. حل اختلاف جایگزین (ADR) به عنوان میانجیگری نیز شناخته می شود.

توجه: شما باید مشخص کنید که آیا می خواهید در پرونده تان میانجیگری شود. دفتر EEO نمی تواند رسیدگی به شکایت شما را تا زمانی که شما گزینه ای را انتخاب نکرده اید آغاز کند. لطفاً **بله** یا **خیر** را در قسمت های زیر علامت بزنید.

- میانجیگری جایگزینی برای بررسی شکایت شماست.
- هیچ یک از طرفین با میانجیگری چیزی را از دست نمی دهند.
- طرفین شکایت حقایق را بررسی کرده، نظرات خود را در مورد حقایق مورد بحث قرار داده و برای توافقی که برای هر دو طرف رضایت بخش باشد تلاش می کنند.
- موافقت با میانجیگری به منزله نادیده گرفتن جرم از طرف فرد یا نهادی نیست که ادعا می کنید علیه شما تبعیض قائل شده است.
- میانجیگری توسط یک میانجی آموزش دیده، واجد شرایط و بی طرف انجام می شود.
- شما (یا نماینده شخصی شما) جهت مذاکره در مورد یک توافق رضایت بخش کنترل دارید.
- شرایط توافق نامه توسط شاکی و فرد(افراد)/نهادی که ادعای تبعیض علیه تان کردید امضا می شود.
- توافق نامه از نظر قانونی برای هر دو طرف الزام آور است.
- اگر توافق حاصل نشود، تحقیقات رسمی آغاز می شود.
- عدم حفظ توافق منجر به تحقیقات رسمی می شود.
- در صورت گزارش تلافی، تحقیقات رسمی آغاز خواهد شد.
- آیا می خواهید شکایت تان را میانجیگری کنید؟
(لطفاً فقط یک مربع را علامت بزنید)

بله، من می خواهم میانجیگری شود. خیر، لطفاً تحقیق کنید.

10. امضای شاکی:

امضای شما در این فرم آغازگر رسیدگی به این شکایت خواهد بود. با امضای این فرم، شما با اطلاع از مجازات شهادت دروغ اعلام می کنید که اطلاعات ارائه شده تا جایی که می دانید یا اعتقاد دارید، درست و صحیح است.

تاریخ:

امضاء:

EDD یک کارفرما/برنامه فرصت برابر است. کمک ها و خدمات کمکی در صورت درخواست برای افراد دارای معلولیت در دسترس است. درخواست خدمات، کمک ها و/یا قالب های جایگزین باید با تماس با شماره 1-916-654-8434 (صوتی) انجام شود. کاربران TTY، لطفاً با خدمات رله California به شماره 711 تماس بگیرید.