

دائرة تطوير التوظيف
استمارة شكوى بشأن التمييز

يرجى استخدام هذا النموذج لتقديم شكوى بشأن التمييز إلى دائرة تطوير التوظيف (EDD). لتقديم شكوى بشأن التمييز، أكمل هذا النموذج وأرسله إلى مكتب تكافؤ فرص العمل (EEO).

عبر البريد: Employment Development Department
Equal Employment Opportunity Office
PO Box 826880, MIC 49
Sacramento, CA 94280-0001

عبر الفاكس: 1-916-654-9371
لعباية: Equal Employment Opportunity Office

1. معلومات عن مقدم الشكوى:	
رقم هاتف المنزل:	_____
رقم هاتف العمل:	_____
رقم هاتف المحمول:	_____
الاسم:	_____
عنوان الشارع:	_____
المدينة:	البريد الإلكتروني: _____
الولاية:	الرمز البريدي: _____

2. معلومات عن مقدم الشكوى:					
ما هو الوقت المناسب خلال ساعات العمل (من 8 صباحًا إلى 5 مساءً) للاتصال بك عبر الهاتف بخصوص هذه الشكوى؟					
اليوم	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
الوقت					
رقم الهاتف					

3. معلومات الاتصال الخاصة بالشخص (الأشخاص) الذي تدعي أنه مارس التمييز ضدك:		
أدخل اسم الكيان الذي يعمل فيه الشخص (الأشخاص):		
اسم الشخص (الأشخاص) الذي مارس التمييز ضدك:		
عنوان الشخص (الأشخاص) / الكيان:		
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
الهاتف:		
تاريخ أول حدوث للحادثة:		تاريخ آخر حدوث:

4. أخبرنا عن الحادث (الحوادث):

- اشرح بإيجاز ما حدث وكيف تعرضت للتمييز.
- أدخل التاريخ (التواريخ) عندما وقعت الحوادث.
- حدد من قام بالتمييز ضدك. قم بتضمين الأسماء والألقاب، إن أمكن.
- إذا تم التعامل مع أشخاص آخرين بشكل مختلف عنك، فأخبرنا كيف عوملوا بشكل مختلف.
- أرفق أي مستندات تعتقد أنها قد تساعدنا في فهم شكواك بشكل أفضل.

5. يرجى ذكر أدناه أي شخص (شهود) قد نتصل به للحصول على معلومات إضافية لدعم أو توضيح الشكوى.

الهاتف	العنوان	الاسم

6. أساس التمييز:

- تحقق من نوع التمييز الذي تعرضت له، مثل العمر والعرق واللون والأصل القومي والإعاقة وما إلى ذلك.
- إذا كنت تعتقد أنه تم تضمين أكثر من أساس واحد، فيمكنك تحديد أكثر من مربع:

<input type="checkbox"/> العمر - تاريخ الولادة:	<input type="checkbox"/> الجنسية أو الوضع كعامل أمريكي أجنبي
<input type="checkbox"/> اللون	<input type="checkbox"/> الإعاقة
<input type="checkbox"/> الأصل القومي (بما في ذلك إتقان اللغة الإنجليزية المحدود)	<input type="checkbox"/> الانتماء السياسي أو المعتقد
<input type="checkbox"/> المعاملة بالمثل/الانتقام	<input type="checkbox"/> الدين
<input type="checkbox"/> العرق - أشر إلى العرق:	<input type="checkbox"/> التحرش الجنسي
<input type="checkbox"/> الجنس (بما في ذلك الحمل والولادة والحالات الطبية ذات الصلة والقوالب النمطية الجنسية وحالة المتحولين جنسياً والهوية / التعبير الجنسي)	<input type="checkbox"/> الميول الجنسية
	<input type="checkbox"/> غير ذلك (حدد):

7. هل سبق لك أن قدمت شكوى ضد هذا الشخص (الأشخاص) / الكيان؟ إذا نعم، جاوب على الأسئلة بالأسفل.

نعم لا

نعم لا

a. هل كانت شكواك مكتوبة؟

b. في أي تاريخ قدمت الشكوى؟

c. اسم المكتب الذي قدمت فيه شكواك:

العنوان:

الولاية: الرمز البريدي:

رقم الهاتف: الشخص الذي يمكن الاتصال به (إذا كان معروفًا):

d. هل تم تزويدك بالقرار النهائي أو التقرير؟ نعم لا
إذا حددت "نعم"، يرجى إرفاق نسخة من الشكوى.

8. اختيار ممثل شخصي:

- يمكنك اختيار أن يكون هناك شخص آخر يمثلك في التعامل مع هذه الشكوى. قد يكون قريبًا أو صديقًا أو ممثل نقابة أو محامٍ أو أي شخص آخر.
- إذا اخترت تعيين شخص ما لتمثيلك، فسيتم توجيه جميع اتصالاتنا إليك من خلال ممثلك.

هل تريد تفويض ممثل شخصي للتعامل مع هذه الشكوى؟ نعم لا
إذا نعم، أكمل القسم أدناه. إذا لا، انتقل إلى القسم 9.

تفويض الممثل الشخصي

أرغب في تفويض الفرد المحدد أدناه للتصرف نيابة عني كممثل شخصي لي في أمور مثل الوساطة أو مؤتمرات التسوية أو التحقيقات المتعلقة بهذه الشكوى.

الاسم:

أنا محام أمثل المشتكي. أنا لست محامياً يمثل المشتكي.

عنوان البريد:

الولاية: الرمز البريدي:

الهاتف: الفاكس:

البريد الإلكتروني:

9. حل النزاع البديل (ADR) المعروف أيضًا باسم الوساطة.

تنويه: يجب أن تحدد ما إذا كنت ترغب في التوسط في قضيتك. لا يمكن لمكتب EEO البدء في معالجة شكاوك حتى تقوم بالاختيار. يرجى تحديد نعم أو لا في المساحات أدناه.

- الوساطة هي بديل للتحقيق في شكاوك.
 - لا يخسر أي من الطرفين أي شيء بالوساطة.
 - يقوم أطراف الشكوى بمراجعة الحقائق ومناقشة الآراء حول الحقائق والسعي للتوصل إلى اتفاقية مرضية لكليهما.
 - لا تُعد الموافقة على الوساطة إغفالاً للذنب من قبل الشخص (الأشخاص) / الكيان الذي تدعي عليه بأنه مارس التمييز ضدك.
 - تتم الوساطة من قبل وسيط مدرب ومؤهل وغير متحيز.
 - لديك (أو ممثلك الشخصي) سلطة التفاوض على اتفاقية مرضية.
 - يتم توقيع شروط الاتفاقية من قبل مقدم الشكوى والشخص (الأشخاص) / الكيان الذي تدعي عليه بأنه قام بالتمييز ضدك.
 - الاتفاق ملزم قانوناً لكلا الطرفين.
 - إذا لم يتم التوصل إلى اتفاق، سيبدأ تحقيق رسمي.
 - سيؤدي عدم الالتزام بالاتفاق إلى إجراء تحقيق رسمي.
 - سيتم فتح تحقيق رسمي إذا تم الإبلاغ عن الانتقام.
- هل ترغب في التوسط في شكاوك؟
(يرجى تحديد مربع واحد فقط)

لا، الرجاء القيام بتحقيق.

نعم، أريد التوسط.

10. توقيع المشتكي:

سيبدأ توقيعك على هذا النموذج معالجة هذه الشكوى. من خلال التوقيع على هذا النموذج، فإنك تعلن تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات المضمنة صحيحة وكاملة على حد علمك أو معتقدك.

التاريخ:

التوقيع:

EDD هو صاحب عمل / برنامج تكافؤ الفرص. المساعدات والخدمات المساعدة متاحة عند الطلب للأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة. يجب تقديم طلبات الخدمات والمساعدات و/ أو التنسيقات البديلة عن طريق الاتصال بالرقم 1-916-654-8434 (صوتي). بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصي، يُرجى الاتصال بخدمة California Relay Service على الرقم 711.