

- Міністерство юстиції США (U.S. Department of Justice); 1-800-514-0301
- Комісія з питань рівних можливостей працевлаштування США (U.S. Equal Employment Opportunity Commission); 1-800-669-3362 або
- Міністерство сільського господарства США (U.S. Department of Agriculture), Служба продовольства й харчування (Food and Nutrition Services) (дискримінація у рамках адміністрування Програми додаткової продовольчої допомоги (Supplemental Nutrition Assistance Program)).

USDA, Director of Civil Rights,
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
1-800-795-3272 (голосовий зв'язок)
202-720-6382 (телетайп)

Щоб дізнатися про терміни розгляду скарг відповідною організацією, зверніться безпосередньо до організації. Факт подання скарги до Управління розслідувань Департаменту DSHS не впливає на терміни розглядання скарг відповідною організацією.

Після подання скарги до Управління розслідувань персонал Управління визначить сферу компетенції та зв'яжеться з вами.

У відповідному випадку співробітники Управління розслідувань розглянуть вашу скаргу та приймуть рішення.

Департамент вживе необхідних заходів для того, щоб виправити/відкоригувати практики/дії, які мають дискримінаційний характер.

Заходи у відповідь

Будь-які заходи у відповідь, пов'язані із поданням скарг, заборонені законами штату, федеральними законами та політиками Департаменту DSHS. Будь-яка особа, що подала скаргу щодо дискримінації, або та, що сприяє розслідуванню у зв'язку із скаргою щодо дискримінації, не мусить піддаватися залякуванню, погрозам, примусу або дискримінації.

PLACE
STAMP
HERE



WASHINGTON STATE DEPT OF SOCIAL & HEALTH SVCS
HUMAN RESOURCES DIVISION
INVESTIGATIONS UNIT (IU)
PO BOX 45830
OLYMPIA, WA 98504-5830

Департамент соціального забезпечення та охорони здоров'я

Політика недопущення дискримінації



Ця брошура:

- Містить інформацію про політику недопущення дискримінації, політику рівних можливостей Департаменту соціальних послуг та охорони здоров'я (Department of Social and Health Services), а також опис прийнятих та діючих на рівні Департаменту процедур подання скарг у зв'язку із проявленнями дискримінації.
- Містить інформацію для осіб, які вважають, що зіткнулися із дискримінацією у процесі працевлаштування або отримання обслуговування.



Washington State
Department of Social
& Health Services

Transforming lives

СКАРГА У ЗВ'ЯЗКУ З ДИСКРИМІНАЦІЄЮ

Політика

Департамент соціального забезпечення та охорони здоров'я (Department of Social and Health Services) штату Вашингтон є роботодавцем, що надає рівні можливості та не допускає дискримінації за віком, статевою ознакою, сексуальною орієнтацією, гендерною приналежністю, гендерною ідентифікацією/гендерним самовираженням, у зв'язку із сімейним положенням, расовою приналежністю, віросповіданням, кольором шкіри, за національністю, релігійними переконаннями або віруваннями, у зв'язку з політичними поглядами, статусом військовослужбовця, ветерана, що звільнився з лав збройних сил із позитивною характеристикою, або учасника війни у В'єтнамі, у зв'язку з недавнім звільненням із збройних сил, а також у зв'язку з іншими статусом ветерана, який має право на соціальний захист, у зв'язку із наявністю будь-яких ознак сенсорної, розумової або психічної неповноцінності, за фактом використання спеціально навченого собаки або іншої тварини особою з ознаками інвалідності, а також у зв'язку із рівнянням у правах що до оплати праці або на підставі інформації про участь у генетичних дослідженнях.

Практика упередженого відношення, що застосовується у рамках надання послуг або забезпечення працевлаштування на перелічених вище підставах, є порушення Політики недопущення дискримінації Департаменту DSHS. Деякі з таких практик зазначені нижче:

- Відмова в обслуговуванні, зокрема на пільгових умовах.
- Відмова у прийнятті на роботу або у службовому підвищенні.
- Ненадання послуг перекладу, у тому числі із мови жестів за системою, прийнятою у Північній Америці (American Sign Language, ASL).
- Обмеження доступу до обслуговування із причини недоступності ресурсів.
- Невжиття доцільних заходів для забезпечення можливостей повноцінної участі в усіх програмах, видах діяльності або в обслуговуванні осіб із інвалідністю.
- Відмова у наданні можливостей щодо виконання функцій консультанта або волонтера або щодо входження до складу комісії або комітетів.

Скарги щодо дискримінації

Якщо, на вашу думку, ви стали жертвою дискримінації, заповніть форму скарги щодо дискримінації, яку передбачено на звороті цієї форми, та надішліть її Адміністратору Управління розслідувань (Investigations Unit Administrator), Координатору скарг на підставі розділу 504, Title II та інших законів про громадянські права (Grievance Coordinator for Section 504, Title II and Other Civil Rights Laws), до Служби людських ресурсів (Human Resources Division), Управління розслідувань (Investigations Unit). Якщо ви вважаєте, що дискримінація має відношення до зазначеного вище переліку мотивів, зверніться до Управління розслідувань (Investigations Unit). Відповідно до законів штату та федеральних законів ви також можете подавати скарги у такі інстанції:

- Комісія із прав людини у штаті Вашингтон (Washington State Human Rights Commission); 1-800-233-3247
- Управління громадянських прав (Office for Civil Rights) при Міністерстві охорони здоров'я та соціального забезпечення США (U.S. Department of Health and Human Services); 1-800-362-1710 (факт подання скарги до Управління розслідувань (Investigations Unit) не віднімає ваше право на подання скарги до Управління громадянських прав).

ЗВЕРНІТЬСЯ: Investigations Unit Administrator Unit Administrator,
Grievance Coordinator for Section 504,
Title II and Other Civil Rights Laws
Department of Social and Health Services
Human Resources Division
Investigations Unit (IU)
PO Box 45830
Olympia WA 98504-5830

ГОЛОСОВИЙ ЗВ'ЯЗОК: (360) 725-5821 або 1-800-521-8060
ТЕЛЕТАЙП: (360) 586-4289 або 1-800-521-8061
ФАКС: (360) 586-0500
ЕЛЕКТРОННА ПОШТА: iraucomplaints@dshs.wa.gov

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ОСОБИ, ЩО ПОДАЄ СКАРГУ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ
---	----------------	--------------------------

ВУЛИЦЯ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
--------	-------	------	-----------------

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ОСОБИ, ЩО ДЕМОНСТРУЄ ДО ВАС ДИСКРИМІНАЦІЙНЕ СТАВЛЕННЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
--	----------------

ОРГАНІЗАЦІЯ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
-------------	-------	------	-----------------

Дискримінація мала місце:

- На роботі
 Під час обслуговування

На якій підставі, на вашу думку, дискримінація мала місце?

Опишіть те, що трапилося, та зазначте дату/час події (якщо необхідно, додайте додаткові аркуші, **підпишіть кожен сторінку та зазначте дату на кожній сторінці**):

ВАШ ПІДПИС

ДАТА