

Office of Justice and Civil Rights (OJCR)
طلب شكوى مُقدّم إلى مكتب العدالة والحقوق المدنية (OJCR)
OJCR Complaint Request

التعليمات: إذا كانت لديك شكوى تتعلق بالحقوق المدنية، فيرجى استكمال هذا النموذج قدر المُستطاع وإعادته إلى مكتب العدالة والحقوق المدنية (OJCR) عبر البريد الإلكتروني: iraucorplaints@dshs.wa.gov.

إذا كانت لديك أسئلة عامة أو كنت ترغب في التحدث إلى أحد أعضاء فريق مكتب العدالة والحقوق المدنية (OJCR)، فلا تتردد في التواصل معنا باستخدام إحدى الطرق التالية:

البريد الإلكتروني: OJCR@dshs.wa.gov

العنوان البريدي:
DSHS Justice and Civil Rights
PO Box 45131
Olympia WA 98504-5105

الفاكس: (360) 902-7540

الهاتف: 800-737-0617 الخيار 5 ((360) 902-7998)

لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) أو هاتف الصم (TDD)، يُرجى الاتصال بالرقم 711 أو 1-800-833-6384 لخدمة الترحيل في ولاية واشنطن

| بيانات مُقدّم الشكوى | |
|--|--|
| الاسم الأخير | الاسم الأول |
| الحرف الأول من الاسم الأوسط | |
| هل أنت: <input type="checkbox"/> موظف أم <input type="checkbox"/> غير موظف؟ | |
| عنوان البريد الإلكتروني | رقم الهاتف (يُرجى إدراج الرمز الهاتفي للمنطقة) |
| الشخص الذي يقدم الشكوى (إذا كان شخصاً آخر غير مُقدّم الشكوى) | |
| الاسم الأخير | الاسم الأول |
| الحرف الأول من الاسم الأوسط | |
| هل أنت: <input type="checkbox"/> موظف أم <input type="checkbox"/> غير موظف؟ | |
| عنوان البريد الإلكتروني | رقم الهاتف (يُرجى إدراج الرمز الهاتفي للمنطقة) |
| الشخص الذي مارس التمييز ضدك | |
| الاسم الأخير | الاسم الأول |
| الحرف الأول من الاسم الأوسط | |
| المسمى الوظيفي الرسمي لدى وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) والبرنامج الذي يعمل لصالحه (إذا كان معروفاً) | |
| هل هذا الشخص: <input type="checkbox"/> موظف؟ أم <input type="checkbox"/> غير موظف؟ | |
| عنوان البريد الإلكتروني | رقم الهاتف (يُرجى إدراج الرمز الهاتفي للمنطقة) |
| ملخص الشكوى | |
| على أي أساس تعتقد أنه تمت ممارسة التمييز ضدك؟ | |
| <input type="checkbox"/> عملي <input type="checkbox"/> الخدمات التي تلقيتها من وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) | |
| تاريخ (تواريخ) السلوك/الحادثة | |

يُرجى تقديم بيان موجز عن السلوك التمييزي أو الحادثة التي شهدت ممارسة التمييز ضدك.

يُرجى ذكر اسم (أسماء) شهود السلوك التمييزي أو الحادثة التي شهدت ممارسة التمييز ضدك، وبيانات مناصبهم الوظيفية، ومعلومات الاتصال الخاصة بهم.

الأسباب

يُرجى تحديد السبب أو الأسباب التي تعتقد أنها تنطبق على الشكوى الخاصة بك:

- العمر: أبلغ من العمر 40 عامًا أو أكثر
- اللون
- الإعاقة
- المعلومات الوراثية، أو التاريخ الطبي لعائلتي، أو مشاركتي في الخدمات المتعلقة بالأبحاث الوراثية، مثل الاستشارات، أو التعليم، أو الاختبارات
- الأصل القومي و/أو السلالة
- العرق
- الدين
- الجنس (بما في ذلك الحمل، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية)
- الانتقام: لقد تقدمت بدعوى بشأن التمييز في العمل تتضمن أحد الأسباب المذكورة أعلاه
- الانتقام: لقد تواصلت مع إحدى الوكالات الحكومية لتقديم شكوى بشأن التمييز في العمل
- الانتقام: لقد تقدمت بشكوى إلى صاحب العمل بشأن التمييز في العمل
- الانتقام: لقد قَدِّمت المساعدة لشخص آخر بشأن تعرضه للتمييز في العمل أو كنت شاهدًا على حادثة التمييز
- التحرش: السلوك غير المرغوب فيه على أساس العرق، أو اللون، أو الدين، أو الجنس، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو المعلومات الجينية
- التحرش الجنسي
- الرضاعة الطبيعية
- حالة قدامى المحاربين
- سبب آخر

يُرجى إرفاق أي وثائق أو معلومات أخرى ذات صلة (مثل الصور، أو رسائل البريد الإلكتروني، وما إلى ذلك) التي تعتقد أنها ذات صلة بشكواك.

إلى موظفي وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS): نريد أن نذكرك أنه في حال كنت قلقًا بشأن سلامتك في مكان العمل، فقد تستطيع وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) وضع "خطة للسلامة" لمعالجة مخاوفك. إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول ما تتضمنه تلك الخطة، فيُرجى التواصل مع شريك أعمال الموارد البشرية (HRBP) المعين من قِبَل إدارتك لمزيد من المناقشة.