

**OJCR Complaint Request**

ការណែនាំ: ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល សូមបំពេញបែបបទនេះឱ្យអស់ពីសមត្ថភាពរបស់អ្នក ហើយប្រគល់ទៅ OJCR តាមរយៈអ៊ីមែល៖ [iraucomplaints@dshs.wa.gov](mailto:iraucomplaints@dshs.wa.gov)។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរទូទៅ ឬចង់និយាយទៅកាន់សមាជិកក្រុម OJCR សូមកុំស្ទាក់ស្ទើរក្នុងការឈានទៅរកដោយប្រើវិធីសាស្ត្រមួយក្នុងចំណោមខាងក្រោម៖

អ៊ីមែល៖ [OJCR@dshs.wa.gov](mailto:OJCR@dshs.wa.gov)

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ៖ DSHS Justice and Civil Rights  
PO Box 45131  
Olympia WA 98504-5105

ទូរសារ៖ (360) 586-0500

ទូរសព្ទ៖ 800-737-0617

អ្នកប្រើ TTY / TDD ចុចទៅ 711 ឬ 1-800-833-6384 សម្រាប់សេវាបញ្ជូនបន្តវ៉ាស៊ីនតោន

|  |                              |        |
|--|------------------------------|--------|
| ព័ត៌មានដើមចោទ  |                              |        |
| ត្រកូល   | នាមខ្លួន                     | កណ្តាល |
| តើអ្នក៖ <input type="checkbox"/> ជានិយោជិត ឬ <input type="checkbox"/> មិនមែនជានិយោជិតទេ?       |                              |        |
| អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល  | លេខទូរសព្ទ (រួមទាំងកូដតំបន់) |        |
| អ្នកដាក់ស្នើពាក្យបណ្តឹង (ប្រសិនបើក្រៅពីដើមចោទ)   |                              |        |
| ត្រកូល   | នាមខ្លួន                     | កណ្តាល |
| តើអ្នក៖ <input type="checkbox"/> ជានិយោជិត ឬ <input type="checkbox"/> មិនមែនជានិយោជិតទេ?       |                              |        |
| អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល  | លេខទូរសព្ទ (រួមទាំងកូដតំបន់) |        |
| អ្នកដែលបានរើសអើងប្រឆាំងនឹងអ្នក   |                              |        |
| ត្រកូល   | នាមខ្លួន                     | កណ្តាល |
| តួនាទី និងការចាត់តាំងកម្មវិធីមន្ត្រី DSHS (បើដឹង)  |                              |        |
| តើបុគ្គលនេះ៖ <input type="checkbox"/> ជានិយោជិត? ឬ <input type="checkbox"/> មិនមែនជានិយោជិតទេ? |                              |        |
| អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល  | លេខទូរសព្ទ (រួមទាំងកូដតំបន់) |        |
| ការសង្ខេបបណ្តឹង  |                              |        |
| តើអ្នកជឿថាការរើសអើងបានកើតឡើងលើមូលដ្ឋាន?  |                              |        |
| <input type="checkbox"/> ការងាររបស់ខ្ញុំ <input type="checkbox"/> សេវាដែលខ្ញុំទទួលបានពី DSHS   |                              |        |
| កាលបរិច្ឆេទនៃការប្រព្រឹត្ត/ព្រឹត្តិការណ៍   |                              |        |

សូមផ្តល់ការពិពណ៌នាសង្ខេបនៃការប្រព្រឹត្ត/ព្រឹត្តិការណ៍។

សូមផ្តល់ឈ្មោះ ព័ត៌មានតំណែង និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ជាសាក្សីដល់ ការប្រព្រឹត្ត/ព្រឹត្តិការណ៍។

**មូលហេតុ**

សូមជ្រើសរើសមូលហេតុដែលអ្នកជឿថាជាក់ពាក់ព័ន្ធសំបូរណ៍របស់អ្នក៖

- អាយុ៖ ខ្ញុំអាយុ 40 ឆ្នាំ ឬលើសនេះ
- ពណ៌សម្បុរ
- ពិការភាព
- ព័ត៌មានហ្សេន ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រស្ត្រីសាររបស់ខ្ញុំ ឬការចូលរួមរបស់ខ្ញុំក្នុងសេវាហ្សេន ដូចជាការពិគ្រោះ ការអប់រំ ឬការធ្វើតេស្ត
- ដើមកំណើត និង/ឬជាតិសាសន៍
- ពូជសាសន៍
- សាសនា
- ភេទ (រួមទាំងការមានផ្ទៃពោះ ទំនោរភេទ ឬការកំណត់យេនឌ័រ)
- ការសងសឹក៖ ខ្ញុំបានដាក់ការចោទប្រកាន់ពិការវេសអេឌីការងារអំពីបញ្ហាខាងលើ
- ការសងសឹក៖ ខ្ញុំបានទាក់ទងភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដើម្បីប្តឹងអំពីការវេសអេឌីការងារ
- ការសងសឹក៖ ខ្ញុំបានប្តឹងនិយោជករបស់ខ្ញុំអំពីការវេសអេឌីការងារ
- ការសងសឹក៖ ខ្ញុំបានជួយ ឬធ្លាប់ជាសាក្សីក្នុងបណ្តឹងរបស់រណាម្នាក់អំពីការវេសអេឌីការងារ
- ការបៀតបៀន៖ មិនស្វាគមន៍ដែលធ្វើឡើងផ្នែកលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជំនឿ ភេទ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬព័ត៌មានហ្សេន
- ការបៀតបៀនផ្លូវភេទ
- ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះ
- ស្ថានភាពអតីតយុទ្ធជន
- អ្វីមួយផ្សេងទៀត

សូមភ្ជាប់ឯកសារណាមួយ ឬព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត (ដូចជារូបថត អ៊ីមែលជាដើម) ដែលអ្នកជឿថាជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងរបស់អ្នក។

**និយោជិត DSHS** ៖ យើងចង់វិញ្ញាណកម្មអ្នកក្នុងព្រឹត្តិការណ៍ដែលអ្នកធ្វើសម្រាប់សុវត្ថិភាពរបស់អ្នកក្នុងកន្លែងធ្វើការ។ DSHS ប្រហែលជាអាចអភិវឌ្ឍផែនការសុវត្ថិភាពដើម្បីដោះស្រាយកង្វល់របស់អ្នក។ អ្នកគួរតែចង់ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្វីដែលវាពាក់ព័ន្ធសូមឈានទៅកាន់ដៃគូអាជីវកម្មធនធានស្បៀងដែលបានចាត់តាំងរបស់រដ្ឋបាលរបស់អ្នក (HRBP) សម្រាប់ការពិភាក្សាបន្ថែម។