

Office of Justice and Civil Rights (OJCR)
ЗАПРОС НА ПОДАЧУ ЖАЛОБЫ В ОJCR
OJCR Complaint Request

Инструкции: Если у вас имеется жалоба на нарушение гражданских прав, максимально точно заполните эту форму и отправьте ее в OJCR по электронной почте: iraucorplaints@dshs.wa.gov.

Если у вас возникли вопросы общего характера или вы хотите поговорить с участником команды OJCR, обращайтесь к нам по одному из следующих каналов связи:

Электронная почта: OJCR@dshs.wa.gov

Почтовый адрес: DSHS Justice and Civil Rights
PO Box 45131
Olympia WA 98504-5105

Факс: (360) 902-7540

Телефон: 800-737-0617 Опция 5 ((360) 902-7998)
Пользователи телетайпа или телекоммуникационных устройств для глухих (TTY/TDD) должны звонить по телефону 711 или 1-800-833-6384 в Службу ретрансляции штата Вашингтон.

Информация о заявителе		
Фамилия	Имя	Инициал среднего имени
Вы: <input type="checkbox"/> служащий (-ая) или <input type="checkbox"/> не служащий (-ая)?		
Адрес электронной почты		Номер телефона (включая код местности)
Лицо, подающее жалобу (если отличается от заявителя)		
Фамилия	Имя	Инициал среднего имени
Вы: <input type="checkbox"/> служащий (-ая) или <input type="checkbox"/> не служащий (-ая)?		
Адрес электронной почты		Номер телефона (включая код местности)
Имя и фамилия лица, проявившего к вам дискриминационное поведение		
Фамилия	Имя	Инициал среднего имени
Официальная должность и программа в DSHS (если известно)		
Это лицо: <input type="checkbox"/> служащий (-ая)? <u>или</u> <input type="checkbox"/> не служащий (-ая)?		
Адрес электронной почты		Номер телефона (включая код местности)
Резюме жалобы		
На каком основании, по вашему мнению, имела место дискриминация? <input type="checkbox"/> Мое трудоустройство <input type="checkbox"/> Услуги, которые я получаю от DSHS		
Дата (-ы) поведения / события		

Приведите краткое описание поведения или события.

Укажите имя (-ена), информацию о занимаемой должности и контактную информацию свидетелей этого поведения или события.

Причина

Выберите предполагаемую причину или причины, применимые к вашей жалобе:

- Возраст:** Мне 40 или больше лет
- Цвет кожи**
- Инвалидность**
- Генетическая информация, медицинская история моей семьи или мое участие в генетических услугах,** таких как консультирование, информирование или тестирование
- Национальное и/или этническое происхождение**
- Расовая принадлежность**
- Религия**
- Пол** (включая беременность, сексуальную ориентацию или гендерную идентичность)
- Репрессивные меры:** Я выдвинул (-а) обвинения в дискриминации на рабочем месте по любой из причин выше
- Репрессивные меры:** Я обратился (-ась) в государственное ведомство с жалобой на дискриминацию на рабочем месте
- Репрессивные меры:** Я пожаловался (-ась) своему работодателю на дискриминацию
- Репрессивные меры:** Я помог (-ла) кому-либо с жалобой на дискриминацию на рабочем месте или стал (-а) свидетелем/свидетельницей
- Притеснение:** Недоброжелательное поведение на основе дискриминации по расовому признаку, цвету кожи, религии, полу, национальному происхождению, возрасту, наличию инвалидности или по генетической информации.
- Посягательства сексуального характера**
- Грудное вскармливание**
- Статус ветерана**
- Что-либо другое**

Приложите любую документацию или другую соответствующую информацию (например, фото, электронные письма и т. д.), которая, по вашему мнению, подкрепит вашу жалобу.

Служащим DSHS: Мы хотим напомнить вам, что если вы беспокоитесь о безопасности на своем рабочем месте, то DSHS может разработать для вас План обеспечения безопасности для устранения причин беспокойства. Если вы хотите получить информацию об этом процессе, обратитесь к назначенному Администрацией бизнес-партнеру по работе с персоналом (Human Resources Business Partner, HRBP), чтобы обсудить этот вопрос.