

Office of Justice and Civil Rights (OJCR)
Kahilingan sa Reklamo ng OJCR
OJCR Complaint Request

Mga Tagubilin: Kung mayroon kang reklamo sa karapatang sibil, pakikumpleto ang form na ito sa abot ng iyong makakaya at bumalik sa OJCR sa pamamagitan ng email:
iraucomplaints@dshs.wa.gov.

Kung mayroon kang mga pangkalahatang tanong o gustong makipag-usap sa isang miyembro ng OJCR na pangkat, mangyaring huwag mag-atubiling makipag-ugnayan gamit ang isa sa mga sumusunod na pamamaraan:

Email: OJCR@dshs.wa.gov

Address ng Koreo: DSHS Justice and Civil Rights
PO Box 45131
Olympia WA 98504-5105

Fax: (360) 586-0500

Telepono: 800-737-0617

Ang mga gumagamit ng TTY / TDD ay nagda-dial sa 711 o 1-800-833-6384 para sa Washington Relay Service (Serbisyo sa Paghahatid ng Washington)

Impormasyon ng Nagrereklamo

Apelyido	Pangalan	Inisyal ng Gitnang Pangalan
----------	----------	-----------------------------

Ikaw ba ay: isang empleyado o isang hindi empleyado?

Email Address	Numero ng Telepono (isama ang area code)
---------------	--

Taong Nagsusumite ng Reklamo (kung maliban sa Nagrereklamo)

Apelyido	Pangalan	Inisyal ng Gitnang Pangalan
----------	----------	-----------------------------

Ikaw ba ay: isang empleyado o isang hindi empleyado?

Email Address	Numero ng Telepono (isama ang area code)
---------------	--

Taong Nagdiskrimina Laban sa Iyo

Apelyido	Pangalan	Inisyal ng Gitnang Pangalan
----------	----------	-----------------------------

Opisyal na Pamagat ng DSHS at Pagtatalaga ng Programa (kung alam)

Ikaw ba ay: isang empleyado? o isang hindi empleyado?

Email Address	Numero ng Telepono (isama ang area code)
---------------	--

Buod ng Reklamo

Sa anong batayan ka naniniwala na may naganap na diskriminasyon?

Aking pagtatrabaho Mga serbisyong natanggap ko mula sa DSHS

(Mga) Petsa ng Pagsasagawa / Kaganapan

Pakibigay ang maikling paglalarawan ng pagsasagawa o kaganapan.

Pakibigay ang (mga) pangalan, impormasyon sa posisyon, at impormasyon sa kontak para sa mga saksi sa pagsasagawa o kaganapan.

Dahilan

Pakipili ang (mga) dahilan na pinaniniwalaan mong naaangkop sa iyong reklamo:

- Edad:** Ako ay 40 taong gulang o mas matanda
- Kulay**
- Kapansanan**
- Genetic na impormasyon, kasaysayang medikal ng aking pamilya, o ang aking pakikilahok sa mga serbisyong genetic** tulad ng pagpapayo, edukasyon, o pagsubok
- Pambansang pinagmulan at/o etnisidad**
- Lahi**
- Relihiyon**
- Kasarian** (kabilang ang pagbubuntis, oryentasyong sekswal, o pagkakakilanlan ng kasarian)
- Paghihiganti:** Nagsampa ako ng kaso ng diskriminasyon sa trabaho tungkol sa alinman sa nabanggit
- Paghihiganti:** Nakipag-ugnayan ako sa isang ahensya ng gobyerno para magreklamo tungkol sa diskriminasyon sa trabaho
- Paghihiganti:** Nagreklamo ako sa aking employer tungkol sa diskriminasyon sa trabaho
- Paghihiganti:** Tumulong ako o naging saksi sa reklamo ng ibang tao tungkol sa diskriminasyon sa trabaho
- Panliligalig:** Hindi katanggap-tanggap na isinagawa batay sa lahi, kulay, relihiyon, kasarian, bansang pinagmulan, kapansanan sa edad, o genetic na impormasyon
- Sekswal na panliligalig**
- Pagpapasuso**
- Katayuang beterano**
- Iba pa

Pakilakip ng anumang dokumentasyon o iba pang nauugnay na impormasyon (tulad ng mga larawan, email, atbp.) na pinaniniwalaan mong nauugnay sa iyong reklamo.

Mga Empleyado ng DSHS: Nais naming ipaalala sa iyo na kung sakaling kayo ay nag-aalala para sa iyong kaligtasan sa lugar ng trabaho, ang DSHS ay maaaring makabuo ng isang Safety Plan (Plano para sa Kaligtasan) upang matugunan ang iyong mga alalahanin. Kung nais mong makatanggap ng higit pang impormasyon tungkol sa kung ano ang kinasasangkutan nito, mangyaring makipag-ugnayan sa nakatalagang Human Resources Business Partner (Kasosyo sa Negosyo ng Mga Mapagkukunan ng Tao) (HRBP) ng iyong Administrasyon para sa karagdagang talakayan.