

سازمان خدمات اجتماعی و درمانی

# سیاست عدم تبعیض

PLACE  
STAMP  
HERE



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



- وزارت دادگستری ایالات متحده: 1-800-514-0301
- کمیسیون برابری فرصت‌های شغلی ایالات متحده: 1-800-669-4000 یا
- وزارت کشاورزی، خدمات غذایی و تغذیه‌ای ایالات متحده (تبعیض در اجرای برنامه تکمیلی کمک تغذیه).

USDA, Director of Civil Rights,  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410  
(voice) 1-800-795-3272  
(TTY) 202-720-6382

برای تعیین چارچوب زمانی جهت طرح دعوی، شما می‌بایست با هر سازمان تماس بگیرید. طرح دعوی در «واحد تحقیقات سازمان خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS)» این چارچوب‌های زمانی را تغییر نمی‌دهد. چنانچه شما شکایت خود را نزد «واحد تحقیقات» مطرح کنید، کارکنان این واحد پس از بررسی صلاحیت و اختیارات با شما تماس خواهند گرفت. در صورتی که دعوی مطروحه در حوزه اختیارات آنها باشد، کارکنان «واحد تحقیقات» اقدام به بررسی شکایت و صدور حکم خواهند کرد. این سازمان در اصلاح و جبران اقداماتی که تبعیض‌آمیز تلقی می‌شوند از هیچ تلاشی فروگذار نخواهد کرد.

## اقدام متقابل

قوانین ایالتی و فدرال و سیاست DSHS اقدام متقابل و تلافی‌جویانه را ممنوع کرده است. هر شخصی که نسبت به تبعیض اقدام به شکایت نموده یا در تحقیقات مربوط به این شکایت معاونت داشته باشد مورد تهدید، ارباب، اعمال زور یا تبعیض قرار نخواهد گرفت.

## این بروشور:

- حاوی اطلاعاتی کلی در خصوص سیاست «سازمان خدمات اجتماعی و درمانی» نسبت به عدم تبعیض، فرصت‌های برابر و رویه رسیدگی به شکایت مربوط به تبعیض است.
- برای افرادی که معتقدند در ارائه خدمات و اشتغال، نسبت به آنها تبعیضی صورت گرفته خدمات موجود را شرح می‌دهد.



Washington State  
Department of Social  
& Health Services

Transforming lives

DSHS 22-171 FA (Rev. 3/19) Farsi

## شکایت نسبت به تبعیض

## سیاست

«سازمان خدمات اجتماعی و درمانی» کارفرمایی است که فرصت‌های برابر را در استخدام لحاظ می‌کند و بر اساس موارد و عوامل زیر نسبت به کسی تبعیض قائل نمی‌شود: سن، جنس، گرایش جنسی، جنسیت، هویت/ رفتار جنسیتی، وضعیت تأهل، نژاد، عقیده، رنگ، ملیت، دین یا اعتقادات، وابستگی سیاسی، وضعیت نظامی، کهنه سربازی که با شرافتمندی وظیفه خود را انجام داده‌اند، عصر ویتنام، وضعیت کهنه سربازی که اخیراً به خدمت خود پایان داده یا دیگر وضعیت سربازی محافظت می‌شود، وجود هرگونه ناتوانی حسی، ذهنی، جسمی یا استفاده فرد معلول از یک سگ راهنمای آموزش دیده یا یک حیوان کمکی، دستمزد برابر یا اطلاعات ژنتیکی.

اقدامات ناعادلانه‌ای که بر اساس عوامل فوق‌الذکر در ارائه خدمات یا اشتغال رخ می‌دهد، ناقض سیاست عدم تبعیض DSHS می‌باشد. برخی از این اقدامات عبارت‌اند از:

- محرومیت از خدمات و مزایا.
- امتناع از استخدام یا ترفیع.
- عدم ارائه خدمات ترجمه‌ای مناسب، از جمله زبان اشاره آمریکایی (ASL).
- محدود کردن دسترسی به خدمات به دلیل امکانات غیر قابل دسترس.
- عدم ایجاد محیط کاری و سکونتی مناسب برای میسر کردن مشارکت افراد معلول در همه برنامه‌ها، فعالیت‌ها و خدمات.
- فرصت ندادن به افراد برای فعالیت به‌صورت مشاور یا داوطلب یا خدمت در کمیته‌ها و هیئت‌ها.

## شکایات نسبت به تبعیض

چنانچه معتقدید که نسبت به شما تبعیض صورت گرفته، فرم شکایت مربوط به تبعیض را در پشت این بروشور پر کنید و آن را به واحد تحقیقات، قسمت منابع انسانی، نزد مسئول هماهنگی ماده 405، باب دوم و سایر قوانین حقوق مدنی ارسال نمایید. در صورت با خبر شدن از هرگونه تبعیض که بر اساس عوامل سابق‌الذکر رخ داده باشد با «واحد تحقیقات» تماس بگیرید. طبق قوانین ایالتی و فدرال شما همچنین می‌توانید دعوی خود را در یکی از مراجع زیر مطرح کنید:

- کمیسیون حقوق بشر ایالت واشنگتن؛ 1-800-233-3247
- وزارت بهداشت و امور اجتماعی؛ دفتر حقوق مدنی؛ 1-800-362-1710
- (طرح دعوی در «واحد تحقیقات» مانع از این نمی‌شود که شکایت خود را نزد دفتر حقوق مدنی بپزید).

اطلاعات تماس: Investigations 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

صوتی: 1-800-521-8060 أو (360) 725-5821  
تله‌تایپ: 1-800-521-8061 أو (360) 586-4289  
فاکس: (360) 586-0500  
ایمیل: iraucomplaints@dshs.wa.gov

نام فرد شاکی	شماره تلفن	آدرس ایمیل
خیابان	شهر	ایالت زیپ‌کد
نام و سمت شخصی که نسبت به شما تبعیض قائل شده است	شماره تلفن	
سازمان	شهر	ایالت زیپ‌کد
تبعیض در: <input type="checkbox"/> اشتغال <input type="checkbox"/> خدمات	شما بر چه اساسی معتقدید که تبعیض رخ داده است؟	
لطفاً توضیح دهید که چه اتفاقی افتاد و چه زمانی این اتفاق رخ داد (در صورت لزوم از برگه‌های) اضافی استفاده نمایید و هر برگه را امضاء کرده و تاریخ بزنید):		
محل امضاء	تاریخ	