

Virginia Employment Commission (VEC)
Human Resource Management Services
P.O. Box 26441
Richmond, VA 23261-6441
(804)786-3466/ (804)371-2814 FAX
VRC: 711



استمارة شكوى بالتمييز في تكافؤ الفرص

برجاء قراءة الاستمارة بحرص. اكتب أو اطبع إجاباتك. أجب عن كل سؤال بشكل كامل قدر الإمكان. إذا لم تتمكن من احتواء إجاباتك بالكامل في المساحة الموجودة في هذه الاستمارة، فيمكنك إضافة المزيد من الصفحات. إذا كنت لا تعرف إجابة السؤال، فضع "غير معروف" في الفراغ المخصص للإجابة. إذا كان السؤال لا ينطبق على حالتك، فضع "لا ينطبق".

1. هل أنت المشتكي (عميل لجنة التوظيف بفيرجينيا (VEC)) أو ممثل عنه؟ برجاء وضع علامة في المربع الصحيح.

برجاء وضع علامة في المربع الصحيح المشتكي ممثل

2. برجاء ذكر اسمك والمعلومات الأخرى التي نطلبها منك في الأسطر أدناه. إذا كنت ممثلاً، فالرجاء تقديم اسم المشتكي ومعلومات الاتصال به في هذا القسم، واسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك في القسم 3.

اسم المشتكي

عنوان الشارع

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

رقم (أرقام) الهاتف الذي يمكننا الاتصال بك عليه. (لا تعطي رقم عمالك إذا لم ترد منا الاتصال بك هناك)

البريد الإلكتروني

أفضل وقت للاتصال بك

3. إذا كنت ممثل المشتكي، برجاء تقديم اسمك ومعلومات الاتصال بك في هذا القسم، وإرفاق خطاب أو وثيقة أخرى موقعة من المشتكي يفوضك فيها بتمثيله/ها.

اسم الممثل	منظمة الممثل (إن وجدت)
عنوان الشارع	
المدينة	الولاية
الرمز البريدي	
رقم الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني

بالنسبة لبقية الأسئلة الواردة في هذا الاستمارة، إذا كنت ترفع هذه الشكوى نيابة عن شخص آخر، فإن كلمة "أنت" تعني ذلك الشخص (المشتكي)، وليس أنت شخصيًا. برجاء إعطاء الإجابات التي سيقدمها المشتكي إذا كان/ت يملأ الاستمارات بنفسه/ها.

4. هذه الشكوى تتعلق بشيء حدث لـ (برجاء وضع علامة في المربع الصحيح):

لي وحدي لي ولأشخاص آخرين لأشخاص آخرين، لكن ليس لي

5. برجاء تقديم اسم الوكالة أو المنظمة أو العمل التجاري الذي تشتكي منه. إذا كانت لديك أية معلومات اتصال للوكالة أو المنظمة أو العمل التجاري و/أو إذا كنت تعرف اسم الشخص (الأشخاص) الذين تعتقد أنهم مارسوا التمييز ضدك، فترجو منك تقديم هذه المعلومات أيضًا. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر لإعطاء كل المعلومات، برجاء إرفاق المزيد من الصفحات بهذا الاستمارة.

اسم القسم، الوحدة، المكتب	رقم (أرقام) الهاتف
العنوان البريدي أو الشارع	عنوان البريد الإلكتروني
اسم الشخص الذي تظن أنه قام بالتمييز	اسم الوظيفة

6. ما هو البرنامج المشارك في التمييز الذي تشكو منه؟ إذا كنت لا تعرف اسم البرنامج، ولا تتعلق شكواك بمركز توظيف أميركي أو ولاية أو

لجنة التوظيف بفيرجينيا (Virginia Employment Commission) هي عبارة عن رب عمل/برنامج يتيح تكافؤ الفرص. المساعدات والخدمات الإضافية متاحة عند الطلب للأفراد ذوي الإعاقة.

حكومة محلية، برجاء وضع علامة أمام "لا أعلم".

- قانون استثمار القوى العاملة و/أو برنامج قانون فرص وابتكار القوى العاملة
- التأمين ضد البطالة
- خدمة التوظيف أو خدمة العمل
- برنامج قانون المساعدة التجارية
- برنامج العمال الزراعيين المهاجرين والموسمين
- خدمات المحاربين القدامى
- برنامج خدمات إعادة التوظيف وتقييم الأهلية (RESEA)
- برنامج آخر (ما هو البرنامج؟) _____
- لا أعلم

7. برأيك ما كان أساس (سبب) التمييز المزعوم؟ برجاء وضع علامة أمام المربعات المجاورة لجميع الأسس (الأسباب) التي تظن أنها ذات صلة بالتمييز، والإجابة على أي أسئلة أخرى ترافق هذا المربع.

بسبب أصلي القومي (برجاء الإجابة على الأسئلة أدناه)

هل أنت إسباني أم لاتيني؟ نعم لا

ما هو أصلك القومي (الدولة التي أتيت من أنت أو والدك أو أجدادك أو أسلافك السابقون)؟

بسبب حدودية إنقاني للغة الإنكليزية (ما هي اللغة التي تشعر براحة أكبر في التواصل بها؟ على سبيل المثال، الإسبانية والكرواتية والكمبودية) _____

بسبب عرقي (الرجاء الإجابة على الأسئلة أدناه)

ما هو عرقك؟ برجاء وضع علامة أمام كل ما ينطبق.

أبيض أو فوقازي

أسود أو إفريقي أميركي

هندي أميركي أو من سكان ألاسكا الأصليين

من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ

آسيوي

آخر _____

بسبب جنسي (ما هو جنسك؟) _____

بسبب حملي

تحرش جنسي

بسبب ميولي الجنسي (ما هي ميولك الجنسية) _____

بسبب هويتي الجنسية

(ما هي هويتك الجنسية) _____

تحرش الجنسي

بسبب لوني (ما هو لونك؟) _____

بسبب ديني

(ما هي ديانتك؟) _____

بسبب عمري

(ما هو تاريخ ميلادك؟) _____

بسبب حالتي كمحارب قديم

بسبب انتمائي السياسي أو معتقداتي السياسية (ما هو انتماءك السياسي أو معتقدك السياسي؟)

لجنة التوظيف بفيرجينيا (Virginia Employment Commission) هي عبارة عن رب عمل/برنامج يتيح تكافؤ الفرص. المساعدات والخدمات الإضافية متاحة عند الطلب للأفراد ذوي الإعاقة.

(_____)

بسبب إعاقتي (برجاء وضع علامة أمام أحد المربعات الثلاثة التالية)

لدي إعاقة (قد تكون نشطة أو غير نشطة في الوقت الحالي). (ما هي إعاقتك؟) _____

كان لدي إعاقة. (ما هي إعاقتك السابقة؟) _____

لا أعاني من إعاقة، لكن الوكالة تعاملني وكأنني معاق.

بسبب جنسيتي (ما هي جنسيتك؟) _____

بسبب مشاركتي في برنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية (اسم البرنامج: _____)

تعرضت للانتقام لأنني اشتكيت من التمييز، أو لأنني أدليت بتصريح أو كنت مشتركاً بطريقة ما في شكوى تمييز من شخص آخر. برجاء تقديم تفاصيل

8. لكل أساس (أسباب التمييز) قمت بتحديدته أعلاه، برجاء توضيح ما حدث، وكيف تعرّضت (أو تعرّض شخص آخر) للأذى بسبب ما حدث، وكيف ولماذا تظن أن ما حدث كان بسبب الأساس الذي قمت بتحديدته. على سبيل المثال، إذا اخترت "بسبب عرقي"، اسرد الحقائق التي تظن أنها تشرح كيف ولماذا كان ما حدث بسبب عرق الأشخاص الذين تعرضوا للأذى.

إذا تم التعامل مع أشخاص أو مجموعات أخرى بشكل مختلف عنك (أو عن الأشخاص الآخرين الذين تعتقد أنهم تعرضوا للتمييز)، فبرجو منك وصف من تمت معاملتهم بشكل مختلف، وكيف كانت معاملتهم مختلفة، وكيف أضرت بك المعاملة المختلفة (أو الأشخاص الآخرين الذين تعتقد أنهم تم التمييز ضدهم). برجاء أن تكون محددًا ومختصرًا. قَدِّم اسم (أسماء) ومعلومات الاتصال الخاصة بأي من الأشخاص المعنيين، إذا أمكنك ذلك.

إذا كانت إجابتك لا تتناسب مع المساحة أدناه، برجاء استخدام المزيد من الصفحات الورقية لإنهاء إجابتك، وإرفاقها بهذا الاستمارة.

9. في أي تاريخ (تواريخ) حدث التمييز المزعم؟

أ. تاريخ الإجراء الأول: _____

ب. تاريخ الإجراء الأحدث: _____

ج. إذا كان قد مضى على تاريخ الإجراء الأحدث أكثر من 180 يومًا، فبرجاء توضيح سبب عدم تقديم شكوى حتى الآن.

10. برجاء ذكر أدناه أي أشخاص آخرين (شهود أو زملاء عمل أو مشرفون أو غيرهم) قمت بتسميتهم بالفعل والذين يجب أن نتصل بهم للحصول على معلومات حول شكواك. قم بإرفاق صفحات إضافية إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر لهذه المعلومات.

لجنة التوظيف بفيرجينيا (Virginia Employment Commission) هي عبارة عن رب عمل/برنامج يتيح تكافؤ الفرص. المساعدات والخدمات الإضافية متاحة عند الطلب للأفراد ذوي الإعاقة.

اسم الشخص علاقته بالفضية (شاهد، زميل عمل، إلخ) أفضل وقت للاتصال بهذا الشخص

رقم (أرقام) الهاتف و/أو عنوان بريد الكتروني الذي يمكننا استخدامه للاتصال بهذا الشخص

11. ما سبب الانتصاف التي تطلبها؟

12. برجاء التوقيع على هذه الاستمارة وتأريخها في الفراغ أدناه المخصص للمشتكي. كما يتعين عليك قراءة الإخطار في الصفحة التالية المعنون "إخطار استخدام معلومات التحقيق" والتوقيع على استمارة الموافقة وتأريخها.

تاريخ

توقيع المشتكي

برجاء إرسال شكوى بالبريد أو البريد الإلكتروني أو الفاكس إلى:

البريد:
Shirley M. Bray-Sledge
Human Relations Manager
Virginia Employment Commission
6606 West Broad Street
Richmond, Virginia 23230

الفاكس: (804)371-2814

خدمة تحويل المكالمات بفيرجينيا: 711

البريد الإلكتروني: Shirley.bray-sledge@vec.virginia.gov