ANKESË PËR DISKRIMINIM NË KRYERJE TË SHËRBIMEVE APO NË PUNËSIM

Children and Families	Health Services	Workforce Development
DCF-F-156-E	F-00166	DETS-16707-E (R. 07/2016)

Nëse keni nevojë për ndihmë për të plotësuar këtë formular ju lutem kontaktoni:

Emir-Koordinatori për mundësi të barabarta	Telefoni (gojor)	Telefoni (TDD)
Emri i ankuesit		Telefoni
Adresa (numri, rruga, qyteti, shteti, kodi postar)		

Baza për ankese për diskriminim në kryerje të shërbimeve apo në punësim: Gjatë kryerjes së shërbimeve, diskriminimi është i ndaluar sipas bazës në vijim: moshës, ngjyrës, paaftësisë, origjinës nacionale, religjionit, bindjes apo përkatësisë politike, statusti martesor, statusti familjar apo prindëror, racës, gjinisë, identitetit gjinor, orientimit seksual, testimit gjenetik, e tëra apo një pjesë e të ardhurave individuale që vjen nga program i asistencës publike, shpagimi për lëshimin e ankesës, apo për asistimin për ankesë, kundërvënies së diskriminit në një program, shërbimit apo aktivitetit të drejtuar apo financuar përmes asistencës federale.

Diskriminimi në punësim është i ndaluar në bazë të: moshës (mbi 40 vjeçare), origjinës nacionale apo të të parëve, dosjes për arrest, dosjes për dënime, ngjyrës, besimit apo religjionit, paaftësisë apo asocimit me një person me paaftësi, testimit gjenetik, testimit të sinqeritetit, statusit martesor, shtatzënisë apo lindjes së fëmijës, shërbimit ushtarak, racës, gjinisë, orientimit seksual, përdorimit apo jopërdorimit të produkteve të ligjshme jashtë premisave të punëdhënësit gjatë orëve të jopune. Punëtorët nuk duhet ngacmuar në vend pune bazuar në statusin e tyre të mbrojtur apo t'u hakmerren përkundër lëshimit të një ankeseje, për asistimin për ankesë, apo për kundërvënie diskriminimit në vend pune. Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws ndalon marrësit e një asistence të caktuar financiare federale nga diskriminimi i ofruesve të shërbimit shëndetësor përshkak të refuzimit të ofruesit apo vullnetit të tyre për të marrur pjesë në procedurat sterilizuese apo abortet në kundërshtim me apo në përputhje me besimin fetar apo bindjen morale të ofruesit. Këto mbrojtje zbatohen në punësim dhe dhënien e shërbimeve; sidoqoftë, jo të gjitha bazat do të zbatohen në të gjitha programet dhe/apo aktivitetet e punësimit.

Emri i Agjencisë dhe/apo Punëtorit apo Punëdhënësit kundër cilit është bërë Ankesë.

Përshkruani veprimin apo trajtimin që mendoni se ka qenë diskriminues. Përfshini informacionet për kë, çka, kur, ku, si, pse, si dhe emrat, adresat dhe numrat e telefonave e dëshmitarëve, nëse i dini ata. Ju lutem të jeni të saktë në lidhje me datën e incidentit të fundit. Mund të shkruani këtë në një faqe tjetër nëse keni nevojë për më shumë. Në hapësirën më poshtë, tregoni se sa faqe keni bashkangjitur, nëse keni nevojë për të shtuar faqe.

Përshkrimi i lehtësimit apo satisfakcionit që dëshironi:

NËNSHKRIMI – Ankuesi apo përfaqësuesi i ankuesit	Data e nënshkrimit

Co-authored by: Departments of Children and Families, Health Services; and Workforce Development

Informacionet më poshtë janë plotësuar nga ana e personit në agjencion i cili pranon ankesën tuaj, shqyrton atë dhe ju përgjigjet juve.

ANKESË JOFORMALE

Data e pranimit	Pranuar nga	Titulli

Agjencioni

Veprimet dhe individi(ët) që do të investigohen:

Përfundimet (Duhet kompletuar Brenda 30 ditëve):

Veprimi i marrur:

Nevojitet veprim I mëtutjeshëm? ☐ Po ☐ Jo
Nëse po, çfarë veprimi rekomandohet?

SI TË BËNI NJË ANKESË PËR DISKRIMINIM NË PUNËSIM APO NË KRYERJEN E SHËRBIMEVE

Udhëzimet për Plotësimin e Ankesës për Diskriminim në Punësim apo Kryerje të Shërbimeve

Nëse mendoni se keni qenë të trajtuar ndryshe përshkak të moshës, racës, religjionit, ngjyrës, gjinisë, origjinës nacionale apo të të parëve, paaftësisë apo asocimit me një person me paaftësi, shënimeve për arrest apo dënime, orientimit seksual, statusit martesor apo shtatzënisë, bindjes apo përkatësisë politike, pjesëmarrjen ushtarake, apo përdorimin ose mosërdorimin e prdukteve të ligjshme jashtë premisave të punëtorit apo ofruesit të shërbimeve gjatë orëve jopune, mund të lëshoni ankesë. Nëse gabimisht ju është refuzuar dhënia e shërbimit, apo nëse trajtimi që keni marrur ka qenë i veçuar apo i dalluar nga të tjerët, apo nëse program nuk ka qenë I qasshëm për ju, mund të jetë diskriminim.

ME RËNDËSI: Nëse aplikimi juaj për shërbimin nuk është pranuar apo ju është thënë se nuk jeni i përshtatshëm për një program të caktuar, POR nëse ndjeheni si të përshtatshëm, nga ofruesi kërkoni një pamfletë e cila shpjegon se si të kërkoni një proçes apeli në një agjenci lokale apo një rishikim të gjykimit të administratës shtetërore. E drejta juaj për të kërkuar vendimin apo për të kërkuar një gjykim administrative shtetëror nuk është domosdoshëm të ndërlidhet me ankesë për diskriminim.

Mund të bëni një ankesë joformale për diskriminim nga punëdhënësi juaj apo nga ofruesi i shërbimit, apo mund të bëni një ankesë formale për diskriminim nga një agjencion shtetëror apo federal. Ankesat që pohojnë diskriminim në bazë të moshës në programin e financuar nga U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services (USDA-FNS) duhet të plotësohet drejtpërdrejt nga USDA Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. Kjo ankesë do t'u jepet FNS Regional OCR së caktuar brenda pesë (5) ditëve të punës pas pranimit. Askush nuk mund të kërcënoj apo ngacmoj dëshmitarët e juaj për shkakun e asaj që duan të tregojnë së çka kanë parë, dëgjuar apo përjetuar. Ankesat e bëra në Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws duhet të lëshohen drejpërdrejt nga HHS Office of Civil Rights.

Të gjitha ankesat formale duhet të bëhen brenda 180 ditëve të ngjarjes apo trajtimit që mendoni se ka qenë diskriminuese. Sidoqoftë, duhet të bëni ankesë sa më shpejt që është e mundur pasi që veprimi të ndodh. Nëse bëni një ankesë joformale dhe nuk jeni të kënaqur me vendimin, akoma keni mundësi të bëni një ankesë formale përderisa e bëni atë brenda kornizës kohore. Mos pritni derisa të kryhet afati kohor për marrje të përgjigjes për ankesën joformale nëse planifikoni të bëni një ankesë formale.

Për të bërë një ankesë joformale për diskriminim nga ofruesi apo punëdhësi juaj, kërkoni formularin për ankesë për diskriminim duke u lajmëruar tek Equal Opportunity Coordinator në _____ apo TDD _____.

Dërgoni formularin e plotësuar tek Equal Opportunity Coordinator të ofruesit tuaj. Emri i tij apo i saj duhet të jetë në këtë formular.

Nëse dëshironi të bëni një ankesë formale për diskriminim, mund të dërgoni formularin e plotësuar për ankesë drejtpërdrejt tek shteti i duhur apo agjencioni shtetëror në faqet në vijim. Përfshini një letër e cila tregon se po bëni një ankesë formale deri tek agjencioni i tyre si burim financiar. Personeli i agjencionit shtetëror apo federal do ju ofroj rezultatet brenda 90 ditëve.

Bëni ankesa formale për diskriminim në lidhje me këto shërbime nga agjencioni shtetëror të shënuar më poshtë.

PROGRAMI	AGJENCIONI SHTETËROR
Wisconsin (WI) Works (W-2), (W-2) Transitions, Temporary Assistance to Needy Families (TANF), Brighter Futures Initiative, Child Support, Early Care and Education, Head Start, Child Care and Day Care Certification Programs, Child Welfare, Milwaukee Child Welfare and Integration Programs, Emergency Assistance, Families and Economic Security, Community Service Jobs, Job Access Loans, Adoption and Foster Care Programs, Safety and Permanence Programs (Out-of-Home Care, Safety and Well Being, Program Integrity), Child Placement Services, Child Abuse and Neglect, Protective Services, Kinship Care, Domestic Abuse/Domestic Violence Programs, and other programs administered by the WI Department of Children and Families. Refugee and Immigrant Services (Social Services, Older Refugee, Family Strengthening, Health Services, Preventative Health Services, Mental Health, Refugee Cash dhe Medical Assistance)	**WI Department of Children and Families** 201 E. Washington Ave, Second Floor P.O. Box 8916 Madison, WI 53708-8916 608-266-5335 (gojor) 800-864-4585 (TTY)
Medical Assistance Services, Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare (formerly Food Stamps Program in Wisconsin), TEFAP, SeniorCare, Community Aid, Long Term Care, Mental Health and Substance Abuse, Services to the Deaf and Hard of Hearing, Blind and Visually Impaired and Persons with Disabilities, Family Care, Public Health Services, Community Health Center Programs, WIC (Women, Infants and Children), dhe programet e tjera të administruara nga WI Department of Health Services	**WI Department of Health Services** Department of Health Services Civil Rights Compliance Attn: Attorney Pamela McGillivray 1 West Wilson Street, Room 651 P.O. Box 7850 Madison, WI 53707-7850 608-266-1258 (Voice), 608-267-1434 (Fax) 711 or 1-800-947-3529 (TTY) Email: DHSCRC@dhs.wisconsin.gov
Wisconsin Workforce Investment Act, dhe programet e tjera të administruara nga Wisconsin Department of Workforce Development.	**WI Department of Workforce Development** ATTN: Equal Opportunity Officer 201 E. Washington Ave, Room G100 P.O. Box 7972 Madison, WI 53707-7972 608-266-6889 (gojor); 866-275-1165 (TDD)
Ankesat Gjyqësore dhe të Pasubvencionuara të Punës. Cilado gjendje e punësimit si një punëtor i njësive të financuara nga DCF, DHS dhe/apo DWD apo nënkontraktues të tyre.	**Equal Rights Office** P.O. Box 8928 Madison, WI 53708 608-266-6860 (gojor) 608-264-8752 (TDD) **Equal Rights Office** 819 North Sixth Street, Room 255 Milwaukee, WI 53203 414-227-4384 (gojor); 414-227-4081 (TDD) **U.S. Equal Employment Opportunity Commission** Reuss Federal Plaza 310 West Wisconsin Ave., Suite 800 Milwaukee, WI 53203-2292 800-669-4000 (gojor) 414-297-4133 (faksi); 800-669-6820 (TTY) **Milwaukee District Office** U.S. Department of Labor, OFCCP Federal Building 310 West Wisconsin Avenue, Suite 1115 Milwaukee, WI 53203 414-297-3821 (gojor); 414-297-4038 (faksi)

Gjithashtu keni të drejtë të bëni një ankesë formale nga agjencioni federal i shënuar më poshtë.

PROGRAMI	AGJENCION FEDERAL
Ankesat Formale për Diskriminim për cilindo shërbim të mësipërm të administruar nga Wisconsin Department of Health Services. Ankesat Formale për Diskriminim të bëra në bazë të Federal Health Care Providers Conscience Protection Law.	**Office for Civil Rights** **U.S. Department of Health and Human Services** 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019 (gojor, pa pagesë) 800-537-7697 (TDD pa pagesë) **U.S. Dept. of Health and Human Services** **Office for Civil Rights – Region V** 233 N. Michigan Ave., Suite 240 Chicago, IL 60601 800-368-1019 (gojor, pa pagesë) 312-886-1807 (faksi) 800-537-7697 (TDD, pa pagesë)
Ankesat Formale për Diskriminim për cilindo program që pranon asistencë federale.	**Coordination and Review Section - NWB** **Civil Rights Division** **U.S. Department of Justice** 950 Pennsylvania Avenue, NW Washington, D.C. 20530 888-848-5306 - Anglisht dhe spanjisht (Anglisht dhe spanjisht) 202-307-2222 (gojor) 202-307-2678 (TDD) **Linja e nxehtë Title VI:** 1-888-TITLE-06 (1-888-848-5306) (Gojor / TDD) **Ankesat për paaftësi:** **U.S. Department of Justice** **Civil Rights Division** 950 Pennsylvania Avenue, NW Disability Rights Section - NYAV Washington, DC 20530 800-514-0301 (gojor) 800-514-0383 (TTY) (gjithashtu në spanjisht)
Nëse dëshironi të bëni ankesë e Program of Discrimination për të drejtat qytetare nga USDA për Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Më parë e njohur si Food Stamp Program në nivel federal) FoodShare (Më parë e njohur si Food Stamps në Wisconsin), WIC, TEFAP dhe Food Stamp Employment and Training (FSET) Program **plotësoni USDA Program Discrimination Complaint** që gjendet në: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, apo në cilëndo zyrë të USDA , apo thirrni në 866-623-9992 për të kërkuar formularin.	USDA Director, Office of Adjudication 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 866-632-9992 (kërkoni formularin) e-mail: program.intake@usda.gov 800-877-8339 (Shërbimet Federale Relay) 800-845-6136 (Spanjisht)