

استمارة شكوى من التمييز في التوظيف وتقديم الخدمات

Workforce Development  
DETS-16707-E (R. 07/2016)

Health Services  
F-00166

Children and Families  
DCF-F-156-E

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا النموذج يرجى الاتصال بـ:

هاتف (الاتصال الخاص بالصم TDD)	هاتف (اتصال صوتي)	الاسم – منسق تكافؤ الفرص
رقم الهاتف		اسم مقدم الشكوى

العنوان (رقم العقار، الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

أسس تقديم شكوى من التمييز في التوظيف وتقديم الخدمات: في تقديم الخدمات يحظر التمييز على أساس ما يلي: السن أو اللون أو الإعاقة أو الأصل أو الديانة أو الاعتقاد السياسي أو الانتماء أو الوضع العائلي أو الأسري أو وضع الأبوين أو العرق أو الجنس أو الهوية أو الهوية الجنسية أو الميول الجنسي أو النزعة الوراثية، أو كل أو جزء من دخل الفرد المشتق من أي من برامج المساعدات العامة، أو اتخاذ أي أعمال انتقامية ضده بسبب تقديم شكوى أو المساعدة في تقديم شكوى بغرض معارضة التمييز في تقديم أي خدمة أو أنشطة في أي برنامج أو نشاط أجري أو ممول من قبل المساعدات الفيدرالية.

يحظر التمييز في التوظيف على أساس: السن (40 سنة فيما فوق)، أو الأصل أو النسب أو سجل الاعتقالات أو سجل الاتهامات أو اللون أو العقيدة أو الديانة أو الإعاقة أو فيما يتعلق بشخص معاق أو النزعة الوراثية أو اختبار الصدق أو الحالة الاجتماعية أو الحمل أو الولادة أو الخدمة العسكرية أو العرق أو الجنس أو الهوية الجنسية أو استخدام أو عدم استخدام منتجات مشروعة خارج مكان العمل وفي غير ساعات العمل. ولا يجوز مضايقة أو التحرش بالموظفين في مكان العمل على أساس وضع الحماية الخاصة بهم ولا اتخاذ أي أعمال انتقامية ضدهم بسبب تقديم شكوى أو المساعدة في تقديم شكوى بغرض معارضة التمييز الجاري في مكان العمل. وكذلك تمنع الـ Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws المستفيدين من بعض المساعدات المالية الفيدرالية من التمييز ضد مقدمي الرعاية الصحية بسبب رفض أو رغبة مقدم الخدمة في المشاركة في عمليات التعقيم أو الإجهاض لأسباب ضد أو تتفق مع معتقدات مقدم الخدمة الدينية أو قناعاته الأخلاقية. تنطبق هذه الحماية على التوظيف وتقديم الخدمات؛ ومع ذلك، لن تنطبق جميع الأساس المحظورة على كافة البرامج و/أو أنشطة التوظيف.

اسم الوكالة و/أو الموظفين أو أصحاب العمل الموجه ضدهم الشكوى.

قم بوصف الحدث أو المعاملة التي تعتقد في رأيك أنها تمييز. تتضمن معلومات عن الفاعل وماذا فعل وزمن ومكان وكيفية وسبب هذا المعاملة، وأرقام وعاوين أي شهود، إذا كنت تعرفهم. ويرجى أن تكون محدداً فيما يخص تاريخ آخر واقعة. ويمكنك كتابة هذا على ورقة أخرى إذا كنت تحتاج المزيد من المساحة للكتابة. ويرجى ذكر عدد الأوراق المرفقة، في المساحة أدناه، وذلك في حالة احتياجك للمزيد من الصفحات.

وصف المساعدة أو التعويض الذي ترغب به:

التوقيع- مقدم الشكوى أو من يمثله	تاريخ التوقيع
----------------------------------	---------------

يتم استكمال المعلومات الواردة أدناه من قبل الشخص المعني في الوكالة الذي يستلم شكاوك وينظر فيها ويستجيب لك.

### شكوى غير رسمية

الوظيفة	اسم المستلم	تاريخ الاستلام
---------	-------------	----------------

الوكالة

الأحداث أو الفرد (الأفراد) الذي يتعين التحري عنهم:

النتائج (يجب أن يتم استكمالها في غضون 30 يوماً):

الإجراء المتخذ:

هل هناك المزيد من الإجراءات المطلوبة؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة بنعم، ما هو نوع الإجراء الموصى به؟

## كيفية تقديم شكوى من التمييز في التوظيف أو تقديم الخدمات

### تعليمات استكمال شكوى من التوظيف في العمل أو تقديم الخدمات

يمكنك تقديم شكوى، إذا كنت تشعر بأنك تلقيت معاملة بشكل مختلف بسبب سنك أو عرقك أو ديانتك أو لونك أو أصلك أو نسبك أو إعاقتك أو فيما يتعلق بشخص معاق أو بسبب سجل الاعتقال أو الاتهام الخاص بك، أو هويتك الجنسية أو حالتك الاجتماعية أو الحمل أو الاعتقاد أو الانتماء السياسي أو المشاركة في الخدمة العسكرية أو استخدام أو عدم استخدام منتجات مشروعة خارج مكان العمل وفي غير ساعات العمل. وكذلك يمكنك تقديم شكوى إذا تم حرمانك من خدمات، أو كانت الخدمة التي تلقيتها منفصلة أو مختلفة عن الآخرين أو تعذر وصولك للبرنامج وهو ما قد يكون نوع من أنواع التمييز.

**هام:** إذا لم يتم أخذ طلب الخدمة الخاصة بك أو تم إخبارك أنك غير مؤهل لبرنامج معين، ولكنك تشعر أنك مؤهل، أطلب من مقدم الخدمة إمدادك بالكتيب الذي يشرح كيفية تقديم التماس وكالة محلية أو جلسة استماع إدارية من الولاية لمراجعة طلبك. لا يحتاج حقا في الالتماس لوكالة محلية أو جلسة استماع من الولاية أن يكون متصلاً بشكوى التمييز.

يمكنك تقديم شكوى غير رسمية من التمييز مع جهة التوظيف أو مقدم الخدمة الخاص بك، أو يمكنك تقديم شكوى رسمية من التمييز مع وكالة فيدرالية أو تابعة للولاية. يجب أن يتم تقديم شكوى التمييز القائمة على أساس السن في أي من البرامج الممولة بواسطة  
USDA Office of U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services (USDA-FNS) مباشرة إلى مكتب  
FNS Regional Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. سوف يتم إحالة هذه الشكوى لمكتب  
OCR الإقليمي المناسب في غضون خمسة (5) أيام عمل بعد استلامها. ولا يجوز لأي شخص أن يقوم بتهديدك أو التحرش بك لأنك قمت بتقديم شكوى، وكذلك لا يجوز لأي أحد أن يقوم بتهديد أو التحرش بأي من شهودك لأنهم على استعداد للإدلاء بما شاهدوه أو سمعوه أو مروا به. الشكاوي المقدمة بموجب قوانين Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws يجب أن يتم تقديمها بشكل مباشر لمكتب HHS Office of Civil Rights.

يجب أن يتم تقديم كافة الشكاوي الرسمية في غضون 180 يوم من الحدث أو المعاملة التي تشعر أنها تمييز. ومع ذلك، أنه يتعين عليك تقديم الشكوى في أقرب وقت بعد وقوع الحدث. إذا قمت بتقديم شكوى غير رسمية ولم تكن راضياً عن القرار المتخذ بشأنها، يرجى أنه لا يزال بإمكانك تقديم شكوى رسمية طالما ستقوم بتقديمها في غضون الإطار الزمني المحدد. وإذا كنت تخطط لتقديم شكوى رسمية، لا تنتظر بعد مرور الموعد النهائي للتقديم للحصول على إجابة على الشكوى الغير رسمية.

لكي تقدم شكوى غير رسمية من التمييز مع مقدم الخدمة أو جهة التوظيف الخاصة بك، يمكنك طلب نموذج الشكوى من خلال الاتصال بـ  
Equal Opportunity Coordinator على رقم: أو الاتصال الخاص بالصم TDD على رقم \_\_\_\_\_.

ثم أعد إرسال النموذج المكتمل مرة أخرى إلى Equal Opportunity Coordinator المخصص لمقدم الخدمة الخاص بك. ويجب أن يكون اسمه/اسمها على هذه النموذج.

إذا كنت ترغب في تقديم شكوى رسمية من التمييز، يمكنك إرسال نموذج الشكوى المكتمل مباشرة إلى وكالة الولاية أو الوكالة الفيدرالية المناسبة المذكورة في الصفحات التالية. على أن تشمل معها خطاب يفيد بأنك تقدم شكوى رسمية إلى وكالتهم كمصدر تمويل. وسوف يقوم موظفي وكالة الولاية أو الوكالة الفيدرالية بالرد عليك في غضون 90 يوماً.

## تقديم شكوى رسمية من التمييز عن هذه الخدمات مع وكالة الولاية المذكورة أدناه.

وكالة الولاية	البرنامج
<b>WI Department of Children and Families</b> 201 E. Washington Ave, Second Floor P.O. Box 8916 Madison, WI 53708-8916 (اتصال صوتي) 608-266-5335 (اتصال TTY) 800-864-4585	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 (Medical Assistance و Health, Refugee Cash
<b>WI Department of Health Services</b> Civil Rights Compliance Attn: Attorney Pamela McGillivray 1 West Wilson Street, Room 651 P.O. Box 7850 Madison, WI 53707-7850 (اتصال صوتي) 608-266-1258 (فاكس) 608-266-1434 800-947-3529 (اتصال TTY) أو Wisconsin Relay 711 Email: <a href="mailto:DHSCRC@dhs.wisconsin.gov">DHSCRC@dhs.wisconsin.gov</a>	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), و غيرها من البرامج التي يتم إدارتها بواسطة WI Department of Health Services
<b>WI Department of Workforce Development</b> ATTN: Equal Opportunity Officer 201 E. Washington Ave, Room G100 P.O. Box 7972 Madison, WI 53707-7972 608-266-6889 (اتصال صوتي) 866-275-1165 (اتصال TDD)	Wisconsin Workforce Investment Act و غيرها من البرامج التي يتم إدارتها بواسطة Wisconsin Department of Workforce Development
<b>Equal Rights Office</b> P.O. Box 8928 Madison, WI 53708 (اتصال صوتي) 608-266-6860 (اتصال TDD) 608-264-8752  <b>Equal Rights Office</b> 819 North Sixth Street, Room 255 Milwaukee, WI 53203 414-227-4384 (اتصال صوتي) 414-227-4081 (اتصال TDD)  <b>U.S. Equal Employment Opportunity Commission</b> Reuss Federal Plaza 310 West Wisconsin Ave., Suite 800 Milwaukee, WI 53203-2292 (اتصال صوتي) 800-669-4000 (فاكس) 414-297-4133 (اتصال TTY)  <b>Milwaukee District Office</b> U.S. Department of Labor, OFCCP Federal Building 310 West Wisconsin Avenue, Suite 1115 Milwaukee, WI 53203 414-297-3821 (اتصال صوتي)؛ 414-297-4038 (فاكس)	شكواي الوظائف الغير مدعومة والوظائف المؤقتة. أي شرط عمل كموظف في الجهات الممولة من DHS, DCF, و/أو DWD و مقاوليهم من الباطن.

Workforce Development  
DETS-16707-E

Health Services  
F-00166

Children and Families  
DCF-F-156-E

وكذلك يحق لك تقديم شكوى رسمية مع الوكالة الفيدرالية المذكورة أدناه.

الوكالة الفيدرالية	البرنامج
<p><b>Office for Civil Rights</b>  <b>U.S. Department of Health and Human Services</b>            200 Independence Avenue, SW            Room 509F, HHH Building            Washington, D.C. 20201            800-368-1019 (اتصال صوتي، الرقم المجاني)            800-537-7697 (اتصال TDD، الرقم المجاني)  <b>U.S. Dept. of Health and Human Services</b>  <b>Office for Civil Rights – Region V</b>            233 N. Michigan Ave., Suite 240            Chicago, IL 60601            800-368-1019 (اتصال صوتي، الرقم المجاني)            312-886-1807 (فاكس)            800-537-7697 (اتصال TDD، الرقم المجاني)</p>	<p>شكاوى التمييز الرسمية الخاصة بأي من الخدمات المذكورة أعلاه التي يتم إدارتها بواسطة Wisconsin Department of Health Services.            الشكاوى الرسمية المقدمة وفقاً لقانون Federal Health Care Providers Conscience Protection Law</p>
<p><b>Coordination and Review Section - NWB</b>  <b>Civil Rights Division</b>  <b>U.S. Department of Justice</b>            950 Pennsylvania Avenue, NW            Washington, D.C. 20530            888-848-5306 - (اللغتين الإنجليزية والإسبانية (إنجليزي و إسباني)            202-307-2222 (اتصال صوتي)            202-307-2678 (اتصال TDD)  <b>الخط الساخن Title VI:</b>            (1-888-TITLE-06 (1-888-848-5306) (اتصال صوتي/TDD)  <b>الشكاوى الخاصة بالإعاقة</b>  <b>U.S. Department of Justice</b>  <b>Civil Rights Division</b>            950 Pennsylvania Avenue, NW            Disability Rights Section - NYAV            Washington, DC 20530            800-514-0301 (اتصال صوتي)            رقم اتصال (TTY) 800-514-0383 (وكذلك للغة الإسبانية)</p>	<p>شكاوى التمييز الرسمية الخاصة بأي برنامج يتلقى مساعدات فيدرالية.</p>
<p>USDA Director, Office of Adjudication            1400 Independence Avenue, SW            Washington, D.C. 20250-9410            866-632-9992 (طلب النموذج)            بريد الكتروني: <a href="mailto:program.intake@usda.gov">program.intake@usda.gov</a>            800-877-8339 (خدمات المساندة الفيدرالية)            800-845-6136 (إسباني)</p>	<p>إذا كنت ترغب في تقديم شكوى خاصة ببرنامج الحقوق المدنية Discrimination من التمييز مع USDA لبرنامج Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (المعروف رسمياً على المستوى الفيدرالي باسم FoodShare (Food Stamp Program) (المعروف رسمياً باسم Food Stamp في Wisconsin)، و WIC، و TEFAP، و برنامج Food Stamp Employment and Training (FSET) Program يجب عليك استكمال نموذج <b>USDA Program Discrimination Complaint</b> ويمكنك الحصول عليه من خلال الرابط التالي:  <a href="http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html">http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html</a>، أو في أي من مكاتب USDA، أو من خلال الاتصال بالرقم 866-623-9992 لطلب النموذج.</p>