شکایت در مورد ارائه خدمات یا تبعیض در استخدام

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

Health Services
F-00166

Children and Families
DCF-F-156-E

اگر شما برای پر کردن این فرم به کمک نیاز دارید لطفا تماس بگیرید با:

اسم-هماهنگ کننده فرصت های برابر	تلفن (صدا)	تلفن (متنی)
اسم شاکی		تلفن

آدرس (شماره، خیابان، شهر، ایالت، کد پستی)

اصول شکایت در مورد ارائه خدمات یا تبعیض در استخدام: در ارائه خدمات، تبعیض در موارد فوق منع شده است: سن، رنگ، ناتوانی، منشاء ملیتی، مذهب، عقاید یا وابستگی سیاسی، وضعیت مدنی یا ازدواج، وضعیت خانوادگی یا والدینی، نژاد، جنسیت، هویت جنسی، وضعیت جنسی، آزمایش ژنتیکی، یا همه یا قسمتی از درآمد شخص که از هرگونه برنامه کمک های عمومی بدست می آید، تلافی بر علیه پر کردن شکایت، یا کمک در مورد شکایت، مخالفت بر علیه تبعیض در یک برنامه، خدمات یا فعالیت انجام شده یا با کمک مالی کمک های فدرال.

تبعیض در استخدم براساس سن (بیش از 40 سال) منشاء ملیتی یا شجره خانوادگی، سوابق بازداشت، سوابق اتهام، رنگ پوست، اعتقاد یا مذهب، ناتوانی یا مشارکت با شخص دارای ناتوانی، آزمایش ژنتیکی، آزمایش صداقت، وضعیت مدنی یا ازدواج، حاملگی یا تولد فرزند، استفاده یا عدم استفاده از موارد قانمند خارج از املاک کارفرما در طی ساعات غیر کاری. کارمندان نمی توانند در محل کاری وضعیت محافظت شده ترسانده یا برعلیه پر کردن شکایت مورد تلافی قرار گیرند، برای کمک در مورد شکایت، برای تبعیض با ظلم در محل کاری. Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws از دریافت کنندگان کمک های مالی فدرال از تبعیض بر علیه فراهم کننده مراقبت بهداشتی جلوگیری می کند چون به علت رد فراهم کننده یا تمایل برای مشارکت درعملکردهای استریلیزه کردن یا جدا کردن بر علیه یا بطور مداوم بر طبق اعتقادات مذهبی فراهم کننده یا اتهامات اخلاقی منع می کند این محافظت ها به استخدام و ارائه خدمات اعمال می شود؛ اما با وجود این، همه موارد منع شده به همه برنامه ها و/ یا فعالیت های استخدام اعمال اعمال نمی شوند.

اسم آژانس و/ یا کارمند یا کارفرما برعلیه کسی که شکایت کرده است.

عمل یا رفتاری که فکر می کنید تبعیض است را توصیف کنید. شامل اطلاعاتی در مورد کسی که، چیزی که، موقعی که، جایی که، چطوری، چرا، و اسم ها، آدرس ها و شماره های تلفن هرگونه شامهد، در صورت شناختن باشد. لطفا بطور خاص تاریخ آخرین واقعه را مشخص کنید. شما می توانید این را روی کاغذ دیگر اگر به فضای بیشتری نیاز دارید بنویسید. در محل زیر، لطفا در صورت افزودن صفحات بیشتر بگویید چند صفحه ضمیمه شده است.

توصیف عقیده رضایت که شما می خواهید:

امضاء- شاکی یا نماینده شاکی	تاریخ امضاء

اطلاعات زیر باید توسط شخص در آژانسی که شکایت را دریافت می کند و آنرا بررسی و به شما پاسخ می دهد، تکمیل شود.

شکایت غیر رسمی

تاریخ دریافت	دریافت توسط	عنوان

آژانس

عمل ها و افراد تحقیق شده:

پیدا کردن (باید در مدت 30 روز تکمیل شود):

اعمال انجام شده:

اقدامات بیشتری لازم است؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر بلی، چه اقدماتی را توصیه می کنید؟

چطوری یک شکایت استخدامی یا شکایت بر علیه تبعیض ارائه خدمات را تهیه می کنید

دستورالعمل های تکمیل شکایت تبعیض استخدام یا برعلیه ارائه خدمات

اگر شما فکر می کنید که با شما بطور متفاوتی به علت سن، نژاد، مذهب، رنگ پوست، منشاء ملیتی یا شجره خانوادگی، ناوانی یا مشارکت با شخص ناوان، سوابق دستگیری یا اتهام، وضعیت جنسی، وضعیت مدنی یا ازدواج یا حاملگی، اعتقاد یا عقیده سیاسی، مشارکت نظامی، یا استفاده و عدم استفاده از موارد قانونی در املاک کارفرما یا فراهم کننده خدمات در طی ساعات غیر کاری رفتار شده است، می توانید یک شکایت تهیه کنید. اگر برای شما خدمات بطور غیر صادقانه انکار شده یا رفتاری که با شما شده از رفتار با دیگران متفاوت بوده، یا اگر برنامه به علت تبعیض غیر قابل دسترس بوده است، می توانید یک شکایت تهیه کنید.

مهم: اگر درخواست شما برای خدمات دریافت نشده به شما گفته شده که واجد شرایط برنامه خاصی نیستید، اما شما فکر می کنید که واجد شرایط هستید، از فراهم کنده برای دفترچه که چگونگی درخواست به آژانس محلی پردازش استیناف یا بررسی شنود پذیرشگری را توضیح می دهد، درخواست کنید. حق شما برای استیناف به یک تصمیم یا درخواست به شنود پذیرشگری یک ایالات به شکایت تبعیض شما ارتباطی ندارد.

شما می توانید یم شکایت تبعیض غیر رسمی با کارفرما یا فراهم کننده خدمات خود تهیه کنید، یا یک شکایت تبعیض رسمی به یک ایالت یا آژانس فدرال تهیه کنید. شکایات بیان کننده تبعیض براساس سن در برنامه های با کمک مالی U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services (USDA-FNS) باید مستقیما با USDA Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. تهیه شوند. این شکایت به FNS Regional OCR مناسب در مدت (5) پنج روز کاری بعد از دریافت ارسال خواهند شد. هیچ کسی نمی تواند شما را برای تهیه شکایت تهدید بکند یا بترساند. هیچ کسی نمی تواند شاهد های شما را به علت تمایل برای گفتن آنچه دیده اند، شنیده اند یا تجربه کرده اند تهدید کند یا بترساند. شکایت هایی که مطابق Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws تهیه می شود، باید مستقیما با HHS Office of Civil Rights فرستاده شوند.

همه شکایات رسمی باید در مدت 180 روز از هر واقعه که فکر می کنید تبعیض است باید پر و تهیه شوند. اما با وجود این، شما باید شکایت را هر چه زودتر بعد از انجام عمل تبعیض بفرستی. اگر شما یک شکایت غیر رسمی تهیه می کنید و شما از حل و فصل آن راضی نیستید، شما می توانید یک شکایت رسمی در چهار چوب زمانی تعیین شده تهیه کنید. اگر شما می خواهید شکایت رسمی تهیه کنید تا آخر وقت پر کردن شکایت منتظر نمانید تا جوابی از شکایت غیر رسمی بگیرید.

برای تهیه شکایت تبعیض غیر رسمی با فراهم کننده یا کارفرمای خود، فرم شکایت تبعیض را با تلفن به Equal Opportunity Coordinator در شماره _____ یا تلفن متنی _____ درخواست کنید.

فرم تکمیل شده را به فراهم کننده Equal Opportunity Coordinator بدهید. اسم او باید در این فرم باشد.

اگر شما می خواهید شکایت تبعیض تهیه کنید، شما می توانید فرم تکمیل شده شکایت را مستقیما به ایالت مورد نظر یا آژانس فدرال لیست شده در صفحات فوق بفرستید. شامل نامه اظهار انجام شکایت رسمی به آژانس آنها مانند منبع مالی ذکر کنید. کارمندان ایالت یا آژانس فدرال نتایج آن را در مدت 90 روز برای شما فراهم خواهند کرد.

شکایات تبعیض رسمی درباره این خدمات با آژانس ایالت لیست شده در زیر را تهیه کنید.

آژانس ایالت	برنامه
WI Department of Children and Families 201 E. Washington Ave, Second Floor P.O. Box 8916 Madison, WI 53708-8916 608-266-5335 (صدا) 800-864-4585 (متنی)	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 و Medical Assistance)
WI 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 (صدا) 608-267-1434 (فکس) 800-947-3529 (تلفن متنی) یا Wisconsin Relay 711 Email: DHSCRC@dhs.wisconsin.gov	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 برنامه های دیگر پذیرش شده توسط WI Department of Health Services
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 (صدا); 866-275-1165 (متنی)	Wisconsin Workforce Investment Act، و برنامه های دیگر پذیرش شده توسط Wisconsin Department of Workforce Development.
Equal Rights Office P.O. Box 8928 Madison, WI 53708 608-266-6860 (صدا) 608-264-8752 (تلفن متنی) **Equal Rights Office** 819 North Sixth Street, Room 255 Milwaukee, WI 53203 414-227-4384 (صدا); 414-227-4081 (تلفن متنی) **U.S. Equal Employment Opportunity Commission** Reuss Federal Plaza 310 West Wisconsin Ave., Suite 800 Milwaukee, WI 53203-2292 800-669-4000 (صدا) 414-297-4133 (فکس); 800-669-6820 (متنی) **Milwaukee District Office** U.S. Department of Labor, OFCCP Federal Building 310 West Wisconsin Avenue, Suite 1115 Milwaukee, WI 53203 414-297-3821 (صدا); 414-297-4038 (فکس)	شکایات عدم دادن کمک هزینه و کارهای آزمایشی. هر گونه شرایط استخدام مانند کارمند DCF, DHS و/یا DWD واجد شرایط کمک مالی و قراردادی های فرعی آنها باشد.

همچنین شما حق تهیه شکایت رسمی با آژانس فدرال لیست شده در زیر را دارید.

برنامه	آژانس فدرال
شکایات تبعیض رسمی درباره هرگونه از خدمات بالا توسط Wisconsin Department of Health Services پذیرش می شوند. شکایت رسمی تبعیض بر طبق Federal Health Care Providers Conscience Protection Law تهیه می شوند.	**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 (صدا، رایگان) 800-537-7697 (تلفن متنی، رایگان) **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 (صدا، رایگان) 312-886-1807 (فکس) 800-537-7697 (تلفن متنی، رایگان)
شکایات تبعیض رسمی درباره برنامه دریافت کمک های فدرال.	**Coordination and Review Section - NWB** **Civil Rights Division** **U.S. Department of Justice** 950 Pennsylvania Avenue, NW Washington, D.C. 20530 888-848-5306- انگلیسی و اسپانیولی (انگلیسی و اسپانیولی) 202-307-2222 (صدا) 202-307-2678 (تلفن متنی) **خط فوری Title VI:** 1-888-TITLE-06 (1-888-848-5306) (صدا/تلفن متنی) **شکایات ناتوانی:** **U.S. Department of Justice** **Civil Rights Division** 950 Pennsylvania Avenue, NW Disability Rights Section - NYAV Washington, DC 20530 800-514-0301 (صدا) 800-514-0383 (تلفن متنی) (همچنین به اسپانیولی)
اگر شما می خواهید که حقوق مدنی و شخصی به Program of Discrimination با USDA برای Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (قبلا به نام Food Stamp Program در سطح فدرال) FoodShare Food Stamps درWisconsin), WIC, TEFAP, و Food Stamp Employment and Training (FSET) Program تهیه کنید **USDA Program Discrimination Complaint** که بطور آنلاین در http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، یا هر USDA وجود دارد به شماره 866-623-9992 برای درخواست هرگونه فرم.	USDA Director, Office of Adjudication 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 866-632-9992 (درخواست فرم) ایمیل: program.intake@usda.gov 800-877-8339 (خدمات رله فدرال) 800-845-6136 (اسپانیولی)