

Complaint Number:

WE ARE YOUR DOL



Department  
of Labor

Office of Diversity, Equity,  
Inclusion and Access  
1220 Washington Ave.  
Building 12, Room 540  
Albany, NY 12226

## نموذج معلومات الشكوى من التمييز

استخدم هذا النموذج لتقديم شكوى ضد التمييز إلى مكتب التنوع والمساواة والإدماج والوصول. يمكن أن تكون الشكوى ضد: صاحب عمل عام أو خاص أحالتك دائرة العمل إليه في ولاية نيويورك، أو ضد دائرة العمل في ولاية نيويورك أو موظفيه، والمستفيدين من التمويل الفيدرالي بموجب قانون إبتكارات وفرص القوة العاملة (WIOA) بسبب مزاعم التمييز فيما يتعلق ببرامجهم وخدماتهم وأنشطتهم. سيتم الحفاظ على سرية اسمك ومعلوماتك إلى أقصى حد يسمح به القانون.

للمزيد من المعلومات قم بزيارة: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> أو اتصل برقم: (518) 457-9000 أو (888) 469-7365. يمكن للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الصم المكفوفين أو أولئك الذين يعانون من إعاقة في الكلام الاتصال بخدمة الترحيل بولاية نيويورك عبر رقم (800) 662-1220 - TTYITTD، أو 211 في مدينة نيويورك، أو 711 في بقاع أخرى من الولاية.

### التعليمات:

- أرسل النموذج مكتمل البيانات والموقع وأي مستندات مؤيدة إلى العنوان المبين أعلاه.
- ملاحظة: يجب أن يوقع الشخص المقدم للشكوى، أو ممثله (انظر رقم 10)، ويثبت التاريخ على رقم 13.
- إذا احتجت إلى مساعدة في استكمال هذا النموذج، يمكنك الاتصال بقسم تنمية تكافؤ الفرص [DEOD] عبر رقم 518-457-1984. ملاحظة: يجب تقديم الشكاوى بموجب قانون الفرص والابتكار للقوى العاملة في غضون (180) يوماً من تاريخ وقوع الحادث.

### 1. بيانات مقدم الشكوى (الشخص مقدم الشكوى):

الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط: \_\_\_\_\_ الاسم الأخير: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ رقم هاتف المنزل: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

رقم هاتف العمل: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

هل أنت موظف بوزارة العمل في ولاية نيويورك؟ نعم لا

### 2. بيانات المشتكى ضده (الوكالة، أو جهة العمل، أو الموظف الذي تشكو منه):

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3. ما أنسب وقت لتواصل معك بشأن هذه الشكوى؟ ص م

Complaint Number:

4a – 4d. صف شكاوك بايجاز. كن واضحًا قدر الإمكان. إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز، يُرجى وصف كيفية حدوث ذلك بالتفصيل. أرفق أوراقًا إضافية، عند اللزوم. وأرفق أيضًا أي مواد كتابية متعلقة بدعواك.  
4a. ماذا حدث؟ يُرجى ذكر مكان حدوث ذلك.

4b. من كان مشاركا؟ الشهود، أو الزملاء الموظفون، أو المشرفون، أو غيرهم. اذكر الاسم، والعنوان، ورقم الهاتف، إذا كان معروفًا.

4c. متى حدث ذلك؟ وفي أي تاريخ؟

4d. كيف عُولمت بشكل مختلف؟

5. كيف يُرضيك حل هذه الشكوى؟

6. هل عُرضت عليك خدمات التوظيف؟ نعم لا

7. هل تشعر أنك تعرضت للتمييز؟ نعم (إذا كانت الإجابة "نعم" أكمل النموذج من رقم 1 إلى رقم 13)

لا (إذا كانت الإجابة "لا"، انتقل إلى رقم 13)

8. كيف تعرضت للتمييز؟ حدّد كل ما ينطبق. وأدخل البيانات المطلوبة.

العرق (حدّد): \_\_\_\_\_

اللون (حدّد): \_\_\_\_\_

الدين (حدّد): \_\_\_\_\_

الأصل القومي (حدّد): \_\_\_\_\_

الجنس: ذكر أنثى X

سجل التوقيف والإدانة (حدّد): \_\_\_\_\_

الإعاقة (حدّد): \_\_\_\_\_

الحالة الاجتماعية (حدّد): \_\_\_\_\_

الجنسية (حدّد): \_\_\_\_\_

التحرش الجنسي: \_\_\_\_\_

الاستعداد الوراثي وحالة الناقل (حدّد): \_\_\_\_\_

حالة المحاربين القدامى (حدّد): \_\_\_\_\_

العمر (أدخل تاريخ الميلاد): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

الميل الجنسي: \_\_\_\_\_

الانتماء السياسي (حدّد): \_\_\_\_\_

ضحية العنف الأسري: \_\_\_\_\_

التأثر / الانتقام (حدّد): \_\_\_\_\_

غير ذلك (حدّد): \_\_\_\_\_

Complaint Number:

9. في رأيك، ما سبب حدوث ذلك؟

10. هل لديك محام أو وكيل آخر في هذه الشكوى؟ نعم لا  
إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى إدخال بياناتهم أدناه:

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_

11. هل رفعت دعوى أو تقدمت بشكوى بشأن هذا الحدث أمام أي من الجهات التالية؟

وزارة العدل الأمريكية، قسم الحقوق المدنية

مكتب التنوع والمساواة والإدماج والوصول التابع لدائرة العمل في ولاية نيويورك

لجنة الولايات المتحدة لتكافؤ فرص العمل

شعبة الحقوق المدنية في ولاية نيويورك

وزارة العمل الأمريكية، مركز الحقوق المدنية

محكمة فيدرالية أو محكمة الولاية

غير ذلك: \_\_\_\_\_

12. لكل وكالة وضعت أمامها علامة في رقم 11، يُرجى إدخال البيانات التالية:

الوكالة: \_\_\_\_\_ تاريخ التقديم: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

رقم القضية أو الدعوى: \_\_\_\_\_ تاريخ المحاكمة أو جلسة الاستماع: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

مكان الوكالة أو المحكمة: \_\_\_\_\_

اسم المحقق: \_\_\_\_\_

وضع القضية: \_\_\_\_\_

التعليقات: \_\_\_\_\_

الوكالة: \_\_\_\_\_ تاريخ التقديم: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

رقم القضية أو الدعوى: \_\_\_\_\_ تاريخ المحاكمة أو جلسة الاستماع: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

مكان الوكالة أو المحكمة: \_\_\_\_\_

اسم المحقق: \_\_\_\_\_

وضع القضية: \_\_\_\_\_

Complaint Number:

التعليقات:

الوكالة: \_\_\_\_\_ تاريخ التقديم: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
رقم القضية أو الدعوى: \_\_\_\_\_ تاريخ المحاكمة أو جلسة الاستماع: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
مكان الوكالة أو المحكمة: \_\_\_\_\_  
اسم المحقق: \_\_\_\_\_  
وضع القضية: \_\_\_\_\_  
التعليقات: \_\_\_\_\_

الوكالة: \_\_\_\_\_ تاريخ التقديم: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
رقم القضية أو الدعوى: \_\_\_\_\_ تاريخ المحاكمة أو جلسة الاستماع: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
مكان الوكالة أو المحكمة: \_\_\_\_\_  
اسم المحقق: \_\_\_\_\_  
وضع القضية: \_\_\_\_\_  
التعليقات: \_\_\_\_\_

13. أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي.

وأمنح الإذن بالكشف عن هذه المعلومات لوكالات الإنفاذ من أجل إجراء تحقيق في شكواي.  
وأفهم أنه سيتم الحفاظ على سرية هويتي إلى أقصى حد ممكن بما يتفق مع القانون (أو القوانين) المعمول به.  
توقيع مقدم الشكوى أو توقيع الممثل (انظر رقم 10):

لتاريخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

هذه نهاية نموذج الشكوى. لا تكتب أسفل هذا الخط.

**Complaint Number:**

\_\_\_\_\_

----- **For New York State Department of Labor Staff Only** -----

**A.** Type of complaint. Check all that apply: Wage related Pesticides Child labor Health/Safety  
Working conditions Housing Discrimination Other: \_\_\_\_\_

**B.** ES related? Yes No If "Yes," Job Order Number: \_\_\_\_\_  
Against employment service? Against employer? Alleged violation of ES regulations?  
Alleged violation of employment laws?  
MSFW with complaint concerning laws enforced by NYS Labor Standards or OSHA?

**C.** MSFW? Yes No

**D.** Out of state employer? Yes No

**E.** H-2A/Criteria employer? US domestic worker H-2A worker Wages Housing  
Transportation Meals Other (specify): \_\_\_\_\_

**F.** Referred to: NYS EO Officer ESA OSHA NYS Monitor Advocate NYS Labor Standards  
Other: If "Other," enter the following information:

Agency name: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**G.** Follow up? Yes No If "Yes," Monthly Quarterly Follow up date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Comments:

Complaint received by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Office: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

----- **For United States Department of Labor Staff Only** -----

**Case Number:** \_\_\_\_\_

**H.** CIF received by CRC: Accepted Not accepted

Comments:

Received by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_