Office of Employee Relations
Anti-Discrimination Investigations Division
Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@oer.ny.gov

نموذج شكوى ضد التمييز
الموظفين في ولاية نيويورك

تعليمات: استخدم هذا النموذج من أجل تقديم مطالبة تمييز بناء على الجنس، الأصل القومي، العقيدة/ الدين، العمر، الإعاقة، الحالة العسكرية، سجل الإدانة الجنائية/ الحبس، السمات الجينية المهيئة، الحمل والحالات المتعلقة به، حالة ضحية العنف الأسري، حالة المواطنة أو الهجرة، النوع/ الجنس، المضايقة الجنسية، التوجه الجنسي، الهوية الجندرية، و/أو التصرف الانتقامي.

أكمل بيانات هذا النموذج، وأرسله إلى **مكتب علاقات الموظفين بقسم تحقيقات مكافحة التمييز**.

القسم 1: معلومات مقدم الشكوى

الاسم بالكامل

عنوان البريد الإلكتروني المفضل (للاستخدام في المراسلات المتعلقة بالشكوى)

الوكالة/ جهة العمل

المسمى الوظيفي/ وحدة الأعمال/ المنشأة

جدول العمل (الأيام/ الساعات)

مكان/ عنوان العمل

رقم هاتف العمل

عنوان المنزل

رقم الهاتف الشخصي

القسم 2: معلومات الإشراف

اسم المشرف المباشر

المسمى الوظيفي

مكان/ عنوان العمل

رقم هاتف العمل

اسم مشرف المستوى الثاني

المسمى الوظيفي

مكان/ عنوان العمل

رقم هاتف العمل

القسم 3: تفاصيل المطالبة

1. ترتكز مطالبة التمييز التي تقدمها على (حدد جميع ما ينطبق):

- ☐ العِرْق
- ☐ اللون
- ☐ الأصل القومي
- ☐ العقيدة/ الدين
- ☐ السن
- ☐ الإعاقة
- ☐ الحالة العسكرية
- ☐ سجل الإدانة الجنائية/ الحبس
- ☐ الحالة الاجتماعية/ الأسرية
- ☐ السمات الجينية المهيمنة
- ☐ الحمل والحالات المتعلقة به
- ☐ حالة ضحية العنف الأسري
- ☐ حالة المواطنة أو الهجرة
- ☐ النوع/ الجنس
- ☐ التحرش الجنسي
- ☐ الميل الجنسي
- ☐ الهُوية الجَندرية
- ☐ تصرف انتقامي (بسبب القيام بأحد الأنشطة المحمية)

2. ادعاؤك بالتمييز ضد:

الاسم 1

المسمى الوظيفي

الوكالة

مكان العمل/ المنشأة

هاتف العمل

العلاقة: ☐ المشرف ☐ زميل العمل ☐ مرؤوس ☐ غير ذلك ← يُرجَى التحديد:

الاسم 2

المسمى الوظيفي

الوكالة

مكان العمل/ المنشأة

هاتف العمل

علاقته بك: ☐ المشرف ☐ زميل العمل ☐ مرؤوس ☐ غير ذلك ← يُرجَى التحديد:

يُتبع --->

نموذج شكوى ضد التمييز الموظفين في ولاية نيويورك

3. تاريخ (تواريخ) وقوع التمييز:

هل التمييز مستمر؟
☐ نعم ☐ لا

4. يُرجى وصف السلوك التمييزي المُدعى حدوثه وأسباب كون هذا السلوك تمييزيًا. يُرجى كتابة أسماء الشهود، إن وُجدوا، وإرفاق المستندات الداعمة إذا كانت متوفرة. أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

5. هل قدمت مطالبة بشأن هذه الشكوى إلى وكالة فيدرالية، أو تابعة للولاية أو الحكومة المحلية؟ ☐ نعم ☐ لا

6. هل رفعت دعوى قضائية أو قضية أمام المحكمة بخصوص هذه الشكوى؟ ☐ نعم ☐ لا

7. هل قمت بتوكيل محامٍ للدفاع عن الادعاءات الواردة في الشكوى؟ ☐ نعم ☐ لا

8. أملى بيانات نموذج الشكوى الماثل:

☐ مقدم الشكوى
☐ المشرف/ المدير
☐ مسؤول مكافحة التمييز

التوقيع

التاريخ

أرسل النموذج المعبأ البيانات (عبر البريد الإلكتروني أو البريد العادي)
إلى مكتب علاقات الموظفينفي قسم تحقيقات مكافحة التمييز:

Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@oer.ny.gov