

شعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك استمارة الشكاوى

تحقق شعبة حقوق الإنسان في شكاوى التمييز على أساس:

- العمر (إذا كان عمرك لا يقل عن 18 عاما)
- السجل الجنائي، بما في ذلك سجل الجناة الصغار أو السجل الإجرامي لاطلاع المحكمة فقط
- السجل الإجرامي
- العقيدة / الديانة (المعتقدات أو الممارسات أو الشعائر الدينية)
- الإعاقة (الظروف الصحية البدنية أو العقلية)
- حالة ضحايا العنف الأسري
- الحالة العائلية (إذا كنت حامل أو لديك أطفال عمرهم أقل من 18 عاما في المنزل)
- النزعة الوراثية (البيانات المستمدة من اختبار الجينات)
- الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، منفصل، مطلق، أرمل)
- الوضع العسكري (بما في ذلك القوات العسكرية الاحتياطية)
- المنشأ الوطني (المواطن الذي ولدت أو ولد أسلافك فيه)
- العرق/اللون (لأنك آسيوي، أسود، هندي، أبيض، الخ؛ بما في ذلك الأصول العرقية)
- النثر (إذا قام صاحب العمل باتخاذ إجراء ضدك لأنك قدمت شكوى أو اعترضت على التمييز، أو شاركت في التحقيق في واقعة تمييز)
- النوع (استنادا إلى النوع سواء كان ذكرا أم أنثى، أو التمييز الجنسي، أو التحرش الجنسي، أو التمييز أثناء الحمل)
- التوجه الجنسي (مستقيم، مثلي الجنس، ثنائي الجنس، لا جنسي، أو متصور)
- حالة المواطنة أو الهجرة
- حالة مرتبطة بالحمل (حالة طبية تتعلق بالحمل أو الولادة)
- الهوية الجنسية أو التعبير عنها (الهوية الفعلية أو المتصورة المتعلقة بالجنس، أو المظهر، أو السلوك، أو التعبير، أو غيرها من الخصائص المرتبطة بالجنس بغض النظر عن الجنس المخصص لذلك الشخص عند الولادة، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، حالة المتحول جنسياً)
- المصدر القانوني للدخل (يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، إعالة الأطفال، أو النفقة، أو إعانات الرعاية البديلة، أو مزايا الضمان الاجتماعي، أو أي نوع من المساعدة العامة أو المساعدة السكنية، بما في ذلك القسم 8 وقسام الإسكان الأخرى)
- العلاقة أو الارتباط (مع عضو أو أعضاء من الفئات المحمية المذكورة أعلاه)
- حالة المواطنة أو الهجرة
- حالة مرتبطة بالحمل (حالة طبية تتعلق بالحمل أو الولادة)
- الهوية الجنسية أو التعبير عنها (الهوية الفعلية أو المتصورة المتعلقة بالجنس، أو المظهر، أو السلوك، أو التعبير، أو غيرها من الخصائص المرتبطة بالجنس بغض النظر عن الجنس المخصص لذلك الشخص عند الولادة، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، حالة المتحول جنسياً)
- المصدر القانوني للدخل (يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، إعالة الأطفال، أو النفقة، أو إعانات الرعاية البديلة، أو مزايا الضمان الاجتماعي، أو أي نوع من المساعدة العامة أو المساعدة السكنية، بما في ذلك القسم 8 وقسام الإسكان الأخرى)
- العلاقة أو الارتباط (مع عضو أو أعضاء من الفئات المحمية المذكورة أعلاه)

تحقق الشعبة في الشكاوى فقط إذا كان التمييز على أساس واحد أو أكثر من الأسباب المذكورة أعلاه. لا يمكن للشعبة التحقيق في حالات المعاملة غير العادلة التي لا تتضمن أحد تلك الأسباب. إذا لم تجد أي شيء في تلك القائمة ينطبق على حالتك، يرجى الاتصال بشعبة حقوق الإنسان للتحدث إلى احد الموظفين.

شعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك استمارة الشكاوى

التعليمات

إذا كنت ترغب في التقدم بشكوى إلى شعبة حقوق الإنسان:

- 1) يرجى تعبئة نموذج الشكوى والإجابة على جميع الأسئلة. إذا كنت تقوم بملء النموذج على جهاز الكمبيوتر، فيرجى طباعته فور الانتهاء. قد لا تتمكن من حفظ النموذج المكتمل. إذا كان ذلك ممكناً، يرجى الكتابة. إذا كنت تقوم بملء النموذج يدوياً، فيرجى طباعته. يرجى عدم الكتابة في الهوامش أو على ظهر هذا النموذج. يرجى ملاحظة ما يلي: قد يحدث تأخير في تقديم شكاوك والتحقيق فيها إذا لم يتم ملء النموذج بشكل صحيح أو إذا كانت المعلومات التي تقدمها غير مقروءة.
- 2) لم يعد التوثيق شرطاً لهذا النموذج. بالنسبة لأولئك الذين لا يرغبون في الاستعانة بكاتب العدل، يمكنك إكمال قسم الإقرار بعد ملء النموذج. خيار الإقرار لا يتطلب التوثيق؛ ما عليك سوى ملء الفراغات بالتاريخ وموقعك (المدينة، الولاية)، وتوقيع الإعلان. لا يزال قسم القسم متاحاً، ولكن إذا استخدمت هذا الخيار، فستحتاج إلى التوقيع أمام كاتب العدل.
- 3) قم بإرفاق نسخ من أي مستندات تعتقد أنها ستساعد القسم في التحقيق في قضيتك.
- 4) قم بإعادة نموذج الشكوى إلى المكتب الأقرب إليك. انظر الصفحة التالية للحصول على قائمة مواقع المكاتب. يمكنك إعادة الشكوى عن طريق البريد العادي أو التسليم الشخصي.
- 5) احتفظ بنسخة من شكاوك، ونسخ من أي مستندات ترفقها، لسجلاتك الخاصة.
- 6) يجب إعادة الشكوى المستكملة إلى القسم على الفور. بعد أن يقبل القسم شكاوك، سيتم إرسال هذا النموذج إلى الشركة أو الشخص الذي تتهمه بالتمييز.

بالنسبة للأفعال التي حدثت قبل 2024/2/15، يجب عليك تقديم شكاوك في غضون عام واحد من أحدث فعل تمييز مزعوم. إذا تم إنهاء عملك، فيجب عليك تقديم طلب خلال عام واحد من تاريخ إبلاغك لأول مرة بأنه سيتم إنهاء عملك.

بالنسبة للأفعال التي حدثت في 2024/2/15 أو بعده، يجب عليك تقديم شكاوك في غضون ثلاث سنوات من أحدث فعل تمييز مزعوم. إذا تم إنهاء عملك، فيجب عليك تقديم طلب في غضون ثلاث سنوات من تاريخ إبلاغك لأول مرة بأنه سيتم إنهاء عملك.

إذا كانت لديك أية أسئلة، أو ترغب في الحصول على معلومات، أو ترغب في الحصول على المساعدة في تعبئة الاستمارة، يرجى الاتصال بأحد مكاتبنا (راجع صفحة 9) للتحدث إلى أحد الموظفين أو تحديد موعد لمقابلة شخصية.

شعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك استمارة الشكاوى

بيانات الاتصال

بيانات الاتصال الخاصة بي:

الاسم: _____
العنوان: _____ رقم الشقة أو الدور: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

المجالات الخاضعة للقانون

أعتقد أنه تم التمييز ضدي في مجال: العمل التعليم

خدمات الإطفاء التطوعية

انتمان

المقاطعة/ الوضع في القائمة السوداء

التدريب المهني

النفاقة، هيئات التوظيف

الإسكان

أماكن الخدمات العامة

المساحات التجارية

(المطاعم، المتاجر، الفنادق، المسارح،
المتنزهات، الخ)

أقوم بتقديم هذه الشكاوى ضد:

الشركة أو اسم آخر: _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: _____
(رمز المنطقة)

الأفراد الذين مارسوا التمييز ضدي:

الاسم: _____ الاسم: _____

اللقب: _____ اللقب: _____

تاريخ واقعة التمييز

أحدث واقعة تمييز حدثت بتاريخ: _____

شهر _____ يوم _____ سنة _____

أساس عملية التمييز

يرجى إبلاغنا بسبب التمييز الذي تعرضت له من خلال وضع علامة في واحدة أو أكثر من الخانات أدناه.

لن تحتاج إلى تقديم معلومات بخصوص كل شكل من أشكال التمييز في هذه القائمة. قبل وضع علامة في أي خانة، تأكد من وضع العلامة فقط أمام السبب الذي تعتقد بأنه أدى إلى التمييز. يرجى مراجعة القائمة في الصفحة 1 للتعرف على كل شكل من أشكال التمييز.

يرجى ملاحظة: بعض أشكال التمييز في هذه القائمة لا تنطبق على كافة المجالات الخاضعة للقانون المدرجة في الصفحة 3. (على سبيل المثال، لا ينطبق السبب الخاص بالسجل الإجرامي إلا على الحالة الخاصة بالعمل أو الانتماء، والحالة العائلية تعتبر الأساس فقط في حالة الشكاوى الخاصة بالإسكان والانتماء). تم إدراج تلك الاستثناءات أمام أشكال التمييز المدرجة أدناه.

أعتقد أنه تم التمييز ضدي بسبب:

<input type="checkbox"/> العمر (لا ينطبق على المرافق العامة) تاريخ الميلاد:	<input type="checkbox"/> النزعة الوراثية (في حالة العمل فقط) يرجى التحديد:
<input type="checkbox"/> السجل الجنائي (ينطبق فقط في حالات العمل، والترخيص، والانتماء) يرجى التحديد:	<input type="checkbox"/> الحالة الاجتماعية يرجى التحديد:
<input type="checkbox"/> السجل الإجرامي (ينطبق فقط في حالات العمل والانتماء) يرجى التحديد:	<input type="checkbox"/> الوضع العسكري: يرجى التحديد:
<input type="checkbox"/> العقيدة / الديانة يرجى التحديد:	<input type="checkbox"/> المنشأ الوطني يرجى التحديد:
<input type="checkbox"/> الإعاقة يرجى التحديد:	<input type="checkbox"/> العرق/اللون أو الأصول العرقية يرجى التحديد:
<input type="checkbox"/> حالة ضحايا العنف الأسري: (في حالة العمل فقط) يرجى التحديد:	<input type="checkbox"/> النوع يرجى التحديد: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> الحمل <input type="checkbox"/> التحرش الجنسي
<input type="checkbox"/> الحالة العائلية (في حالة الإسكان والانتماء فقط) يرجى التحديد:	<input type="checkbox"/> التوجه الجنسي يرجى التحديد:
<input type="checkbox"/> حالة المواطنة أو الهجرة	<input type="checkbox"/> حالة متعلقة بالحمل
<input type="checkbox"/> مصدر قانوني للدخل	<input type="checkbox"/> الهوية الجنسية أو التعبير
<input type="checkbox"/> الأثر يرجى التحديد:	
إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز بسبب علاقتك أو ارتباطك بعضو أو أعضاء في فئة محمية مدرجة أعلاه، فحدد الفئات ذات الصلة أعلاه، وتحقق أدناه. <input type="checkbox"/> الارتباط بشخص محمي	

قبل الانتقال إلى الصفحة التالية، يرجى مراجعة القائمة للتأكد من أنك قمت فقط بتقديم المعلومات الخاصة بنوع التمييز المرتبط بشكواك.

التمييز في العمل

يرجى الإجابة على الأسئلة في هذه الصفحة فقط إذا كنت قد تعرضت للتمييز في مجال العمل. إذا لم يكن الأمر كذلك، انتقل إلى الصفحة التالية.

كم عدد الموظفين في هذه الشركة؟
أ) 1-3 ب) 4-14 ج) 15 أو أكثر د) 20 أو أكثر هـ) لا أعلم

هل تعمل في الوقت الحالي لدى الشركة؟

نعم

تاريخ التعيين: (_____)

شهر يوم سنة

لا

آخر يوم من أيام العمل: (_____)

شهر يوم سنة

لم يتم تعييني في الشركة

تاريخ تقديم الطلب: (_____)

شهر يوم سنة

الأفعال التمييزية

ما الذي فعله الفرد/الشركة الذي تشكوه؟ يرجى وضع علامة أمام كافة الخيارات المناسبة.

رفض تعييني

قام بطردي / تسريح

لم يقم بالاتصال بي بعد التسريح

قام بتخفيض رتبتي

أوقفني عن العمل

تحرش بي جنسيا

قام بمضايقتي أو تهديدي (فضلا عن التحرش الجنسي)

رفض تدريبي

حرمني من الترقية أو زيادة مرتبي

رفض منحي الأجازات أو المميزات الأخرى التي أتمتع بها

تم إعطائي مرتبا أقل من نظرائي

تم تكليفي بمهام عمل أسوأ من نظرائي في العمل

رفض توفير سكن لي نظرا لإعاقتي

تم رفض توفير سكن لي نظرا لممارسة شعائري الدينية

تم إعطائي إخطار بالعقوبات أو التقييم السلبي لأدائي

غير ذلك: _____

التمييز في الإسكان

يرجى الإجابة على الأسئلة في هذه الصفحة فقط إذا كنت قد تعرضت للتمييز في مجال الإسكان. إذا لم يكن الأمر كذلك، انتقل إلى الصفحة التالية.

من الذي مارس التمييز ضدك؟

مسنول البناء البنك أو المقرض الآخر المدير / المراقب

المالك / صاحب العقار البائع غير ذلك: _____

مجلس الملكية العقارية جمعية الإسكان

المشتركة

ما هو نوع العقار موضع الشكوى؟

منزل فردي - عائلي منزل متنقل مبنى يتكون من 2 - 4 شقق

منزل لأسرتين مساحة تجارية مبنى يتكون من 5 شقق أو أكثر

غير ذلك: _____

هل يعيش المالك في العقار؟ نعم لا

هل تم بيع ذلك العقار أو تأجيره؟

تم بيعه تم تأجيره

عنوان العقار:

العنوان: _____ رقم الشقة أو الدور: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

هل تقيم هناك في الوقت الحالي؟

نعم لا

أشكال التمييز

ما الذي قام به الشخص الذي تشكوه؟ يرجى وضع علامة أمام كافة الخيارات المناسبة.

تم رفض التأجير أو البيع لي

تم طردني / التهديد بطردني

تم رفض دخولي نظرا لإعاقتي

تم رفض تمتعي بنفس الشروط، أو الامتيازات، أو التسهيلات التي يحصل عليها السكان الآخرون

تم التمييز ضدي في عملية الإقراض أو التمويل

تم إخطاري بطريقة تمييزية

تمت مضايقتي بسبب النوع، أو المنشأ الوطني، أو العرق، أو الإعاقة، الخ.

غير ذلك: _____

توثيق الشكوى

بناء على المعلومات المذكورة في هذه الاستمارة، فإنني أتهم المدعى عليه المذكور أعلاه بارتكاب تصرف تمييزي غير شرعي، منتهكا قانون حقوق الإنسان بولاية نيويورك.

وأدرك أنني من خلال تقديم تلك الشكوى، أقوم بتقديم الشكوى الوظيفية الخاصة بي من خلال وكالة تكافؤ فرص العمل بالولايات المتحدة وطبقا لقانون الأمريكيين ذوي الإعاقات (والذي يغطي الإعاقة المتعلقة بالوظيفة)، والباب السابع من قانون الحقوق المدنية لسنة 1964، بصيغته المعدلة (يغطي العرق، اللون، الدين، الأصل القومي، الجنس المتعلق بالوظيفة)، و/أو قانون التمييز العمري في الوظيفة، بصيغته المعدلة، (يغطي الأعمار من 40 سنة أو أكثر في الوظيفة)، أو تقديم شكوى الإسكان/الانتماء الخاصة بي في قسم الإسكان والتطوير المدني طبقا للباب الثامن من قانون الإسكان الفيدرالي العادل، بصيغته المعدلة (يغطي قوانين التمييز في الإسكان) حسب ما يقتضي الأمر. سوف تحمي هذه الشكوى حقوقك طبقا للقانون الفيدرالي.

وإنني أفوض بموجب هذه الوثيقة شعبية حقوق الإنسان بولاية نيويورك قبول تلك الشكوى نيابة عن وكالة تكافؤ فرص العمل بالولايات المتحدة، رهنا بقواعد السقوط بالتقدم المتضمنة في القانون سالف الذكر و/أو قبول تلك الشكوى نيابة عن إدارة الإسكان والتنمية الحضرية بالولايات المتحدة لمراجعة تلك الشكوى واستكمال استيفائها، رهنا بقواعد السقوط بالتقدم المشتملة في القانون سالف الذكر. لم أقم بتقديم أي دعوى مدنية أخرى، وكذلك لم أرفع دعوى قضائية ماثلة أمام أي وكالة إدارية، طبقا لأي قانون ولاية أو قانون محلي، بناء على نفس هذه الممارسة التمييزية غير الشرعية.

القسم والتأكيد

أؤكد في هذا اليوم _____ من _____ (الشهر)، _____ (السنة) في _____ (المدينة)، _____ (الولاية)، تحت عقوبات الحنث باليمين، أنني المشتكي هنا؛ أنني قرأت (أو قرأت لي) الشكوى السابقة وأعرف محتواها؛ وأن الأمر نفسه ينطبق على علمي، باستثناء ما ورد فيه من معلومات واعتقاد؛ وفيما يتعلق بهذه الأمور، أعتقد أن الأمر نفسه صحيح.

اسم صاحب الشكوى

توثيق الشكوى

بعد أداء اليمين، يودع ويقول: إنني المشتكي هنا؛ أنني قرأت (أو قرأت لي) الشكوى السابقة وأعرف محتواها؛ وأن الأمر نفسه ينطبق على علمي، باستثناء ما ورد فيه من معلومات واعتقاد؛ وفيما يتعلق بهذه الأمور، أعتقد أن الأمر نفسه صحيح.

اسم صاحب الشكوى

وقع وأقسم أمامي أنا
يوم _____ ،

توقيع الموثق القانوني

مقاطعة: _____ تاريخ انتهاء التكليف: _____

يرجى ملاحظة أنه: بمجرد توثيق هذه الاستمارة وإعادتها إلى الشعبة، تصبح وثيقة قانونية وشكوى بشعبية حقوق الإنسان. بعد موافقة الشعبة على شكواك، سوف ترسل هذه الاستمارة إلى الشركة أو الشخص (الأشخاص) الموجه إليه الاتهام بمزاولة تصرفات تمييزية.

شعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك

إذا كنت ترغب في الاتصال بالشعبة، يرجى الاتصال بأقرب مكتب إليك.

المقر الرئيسي

شعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك
NYS Division of Human Rights
One Fordham Plaza, 4th Floor
Bronx, NY 10458

ألباني (Albany)

NYS Division of Human Rights
Agency Building 1, 2nd Floor
Empire State Plaza
Albany, New York 12220
هاتف رقم: (518) 474-2705

بينجهامتون (Binghamton)

NYS Division of Human Rights
44 Hawley Street, Room 603
Binghamton, New York 13901
هاتف رقم: (607) 721-8467

بروكلين (Brooklyn)

NYS Division of Human Rights
55 Hanson Place, Room 304
Brooklyn, New York 11217
هاتف رقم: (718) 722-2856

بافلو (Buffalo)

NYS Division of Human Rights
Main Place Tower, 350 Main Street,
10th Floor, Suite 1000B
Buffalo, New York 14202
هاتف رقم: (716) 847-7632

لونج آيلند (ناساو) (Long Island (Nassau))

NYS Division of Human Rights
50 Clinton Street, Suite 301
Hempstead, New York 11550
هاتف رقم: (516) 539-6848

لونج آيلند (سافولك) (Long Island (Suffolk))

NYS Division of Human Rights
New York State Office Building
250 Veterans Memorial Highway, Suite 2B-49
Hauppauge, New York 11788
هاتف رقم: (631) 952-6434

روتشستر (Rochester)

NYS Division of Human Rights
One Monroe Square
259 Monroe Avenue, Suite 308
Rochester, New York 14607
هاتف رقم: (585) 238-8250

شمال مانهاتن (Manhattan (Upper))

NYS Division of Human Rights
Adam Clayton Powell State Office Building
163 West 125th Street, 4th Floor
New York, New York 10027
هاتف رقم: (212) 961-8650

بيكسكيل (White Plains)

NYS Division of Human Rights
هاتف رقم: (914) 989-3120

مكتب قضايا التحرش الجنسي

Office of Sexual Harassment Issues
NYS Division of Human Rights
55 Hanson Place, Room 900
Brooklyn, New York 11217
هاتف رقم: (718) 722-2060

سيراكوز (Syracuse)

NYS Division of Human Rights
333 E. Washington Street, Room 543
Syracuse, New York 13202
هاتف رقم: (315) 428-4633

بيانات إضافية

الصفحات الثلاثة التالية تخص سجلات الشعبة ولن يتم إرسالها مع بقية شكاؤك.

بيانات الاتصال

رقم هاتفي الأساسي:

رقم هاتفي الثانوي:

_____	_____
(كود المنطقة)	(كود المنطقة)
هاتف منزلي _____	هاتف منزلي _____
هاتف العمل _____	هاتف العمل _____
الهاتف الجوال _____	الهاتف الجوال _____
غير ذلك _____	غير ذلك: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

آخر أربعة أرقام في رقم التأمين الاجتماعي: _____

اتصل بشخص (شخص ما لا يعيش معك ولكنه يستطيع الاتصال بك إذا لم تستطع الشعبة الوصول إليك):

الاسم: _____

رقم الهاتف: _____

(كود المنطقة)

درجة القرابة: _____

الاحتياجات الخاصة

أنا في حاجة إلى: (أ) مترجم (إذا كان كذلك، أي لغة؟): _____

(ب) التكييفات المتاحة للإعاقة: _____

(ج) أخرى: _____

التسوية/المصالحة:

لتسوية تلك الشكوى، سوف أقبل: (يرجى توضيح ما تريد أن يحدث نتيجة تقديم تلك الشكوى. هل تريد خطاب اعتذار، الرجوع إلى وظيفتك، الأجر المفقود، وضع نهاية للتحرش، الخ)

الشهود:

الأشخاص التالي ذكرهم رأوا أو سمعوا عملية التمييز ويمكنهم الإدلاء بشهادتهم:

المسمى الوظيفي: _____ الاسم: _____
رقم الهاتف: _____
درجة القرابة: _____
ما الذي يشهد به هذا الشخص؟ _____

المسمى الوظيفي: _____ الاسم: _____
رقم الهاتف: _____
درجة القرابة: _____
ما الذي يشهد به هذا الشخص؟ _____

المسمى الوظيفي: _____ الاسم: _____
رقم الهاتف: _____
درجة القرابة: _____
ما الذي يشهد به هذا الشخص؟ _____

إذا كان لديك المزيد من الشهود، يرجى كتابة أسمائهم وبياناتهم في ورقة منفصلة وإرفاقها بهذه الاستمارة. يرجى عدم الكتابة على ظهر هذه الاستمارة.

بيانات إضافية:

قمت بتقديم شكوى من التمييز إلى: _____
(إذا قمت بالإبلاغ عن التمييز، يرجى توضيح ما إذا كنت قد ذهبت إلى مشرف، مدير، صاحب الشركة، مكتب الموارد الذي تتبعه، النقابة التابع لها، الخ).

تاريخ تقديم الشكوى: _____

سنة

يوم

شهر

طبيعة الشكوى التي قمت بتقديمها: _____
(كيف قمت بالضبط بتقديم الشكوى من عملية التمييز؟ هل تحدثت إلى شخص ما بشأنها؟ هل قمت بتقديم شكوى رسمية مكتوبة أو تقديم تظلم نقابي؟ ماذا قلت فيها؟)

هذا ما حدث بعدما قمت بتقديم الشكوى:
(هل تم التحقيق في شكواك؟ هل تم اتخاذ أي إجراء استجابة لشكواك؟ هل توقف التمييز الممارس ضدك؟ هل لاحظت اتخاذ أي إجراء ثاري
مقابل شكواك؟)

لم أقم بتقديم شكوى من التمييز بسبب
(إذا لم تقم من قبل بالإبلاغ عن أي عملية تمييز، يرجى تفسير السبب في ذلك).

أمثلة لأشخاص آخرين تم ارتكاب عمليات تمييز ضدهم بنفس الطريقة التي تمت معي:
(على سبيل المثال، أشخاص تم التحرش ضدهم من قبل نفس المدير، تم اتخاذ إجراء تأديبي ضدهم أو إنهاء عملهم لنفس الأسباب، لم يحصلوا على
تكييفات لنفس الأسباب، الخ).
إذا كنت تقوم بتقديم شكوى ضد التمييز المتعلق بالعرق، الأصل القومي، العمر، الدين، الخ. يرجى وصف أعرافهم، أصولهم القومية، أعمارهم،
ديانتهم، الخ.

أمثلة لأشخاص آخرين يتم التعامل معهم بشكل أفضل مني
(على سبيل المثال، الأشخاص الذين لم يتم فصلهم بالرغم من قيامهم بنفس الشيء الذي فصلت من أجله، الأشخاص الذين يقومون بنفس الوظيفة
ويتقاضون أموالاً أكثر منك، الأشخاص الذين يسمح لهم بالبقاء في المحل وعدم السماح لك بذلك، الخ).
إذا كنت تقوم بتقديم شكوى من التمييز المتعلق بالعرق، الأصل القومي، العمر، الدين، الخ. يرجى وصف أعرافهم، أصولهم القومية، أعمارهم،
ديانتهم، الخ.
