

رقم مكتب الإدارة والميزانية: 0002-1250
ينتهي في: 2014/31/03

التعليمات: قبل ملء هذا النموذج، يرجى قراءة كافة التعليمات بما في ذلك بيان قانون الخصوصية المذكور أدناه. استخدم هذه الاستمارة للشكوى من التمييز في التوظيف تحت أي من برامج الإلتزام (OFCCP). على الرغم من أن ردمك اختياري، يعتمد برنامج OFCCP على هذه المعلومات كمصدر للتعرف على الانتهاكات المحتملة لمتطلبات تكافؤ الفرص في التوظيف في المجتمع المتعاقد الفيدرالي. ملاحظة: ليس مطلوباً من الأفراد الرد على هذه المعلومات ما لم توضح هذه المعلومات رقم تحكم صالح من مكتب الإدارة والميزانية ومعمول به حالياً.

قانون الخصوصية: سلطة جمع هذه المعلومات هي بقرار تنفيذي رقم 11246 بصيغته المعدلة والبند 503 من قانون إعادة التأهيل (Rehabilitation Act) لسنة 1973 بصيغته المعدلة وقانون مساعدة محاربي فيتنام القدامى على التأقلم (Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act) لسنة 1974 بصيغته المعدلة والبند 38 من قانون الولايات المتحدة رقم 4212 والباب السابع من قانون الحقوق المدنية (Civil Rights Act) لسنة 1964 بصيغته المعدلة والباب الأول من قانون المعوقين الأمريكيين (ADA) لسنة 1990 بصيغته المعدلة. تستخدم هذه المعلومات لمعالجة الشكوى وإجراء التحقيقات في الانتهاكات المزعومة للقرار والقوانين المذكورة أعلاه. وسوف نقدم نسخة من هذه الشكوى لصاحب العمل الذي تقدم ضده الشكوى - إذا كان الباب السابع من قانون الحماية المدنية و/أو قانون المعاقين الأمريكيين (ADA) يشمل الأمور المزعومة - وستقدم أيضاً إلى اللجنة الأمريكية لتكافؤ الفرص في التوظيف (EEOC). ويمكن التحقق من المعلومات التي تم جمعها من الآخرين الذين قد يكونون على علم بالشكوى. يمكن استخدامها في مفاوضات التسوية مع صاحب العمل أو في سياق تقديم أدلة في جلسة استماع أو قد يتم الكشف عنها إلى الوكالات الأخرى ذات الاختصاص بالشكوى. تقديم هذه المعلومات هو أمر اختياري مع أن عدم تقديم هذه المعلومات سيحد من الإجراء الذي يمكن لوزارة العمل أن تتخذه نيابة عنك فيما يتعلق بالأمور التي يشملها الباب السابع أو قانون المعاقين الأمريكيين (ADA) وقد تؤثر على حقاك في رفع دعوى بموجب تلك القوانين.

عدم الانتقام: تطبيق اللوائح المتعلقة ببرامج (OFCCP) والباب السابع و/أو قانون المعاقين الأمريكيين (ADA) يتطلب من صاحب العمل اتخاذ جميع الخطوات اللازمة لضمان أنه لا يوجد أي تآثر ضد أي شخص يقدم شكوى أو يساعد في بحثها. وهذا يشمل أي تهديد أو وعيد أو إكراه أو تمييز. برجاء إبلاغ (OFCCP) فوراً إذا حدثت أي محاولة مزعومة للانتقام.

الإبلاغ العاجل: يجب تقديم جميع الشكاوى خلال عدد معين من الأيام التالية لحدوث آخر تمييز مزعوم: القرار التنفيذي 11246 - 180 يوم، قانون إعادة التأهيل وقانون المحاربين القدامى - 300 يوم. يجب أن يصدق على الاستنقاعات من قبل المدير.

الاسم والعنوان:	اسم وعنوان الشركة التي تدعي أنها تميز الغير عليك:
الاسم _____	الاسم _____
العنوان _____	العنوان _____
المدينة _____ الولاية _____ الرمز _____	المدينة _____ الولاية _____ الرمز _____
رقم الهاتف _____	رقم الهاتف _____
أرسل هذا النموذج إلى وزارة العمل (Department of Labor)، مكتب البرنامج الإقليمي (OFCCP Regional Office):	اذكر تواريخ الأفعال التمييزية بدءاً بالأحدث:

الخطوة 1: ضع علامة في المربع المجاور للبرنامج الذي تتقدم بشكوى بموجبه (أي القرار التنفيذي 11246 بصيغته المعدلة والبند 503 من قانون إعادة التأهيل (Rehabilitation Act) لسنة 1973 بصيغته المعدلة أو قانون مساعدة محاربي فيتنام القدامى على التأقلم (Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act) لسنة 1974 بصيغته المعدلة والبند 38 من قانون الولايات المتحدة رقم 4212 أو الإلتزام)

الخطوة 2: وفقاً لهذا البرنامج، اختر ما تعتقده أساس التمييز ضدك على سبيل المثال العرق أو النوع أو الأصل. إذا تعتقد أن هناك أكثر من أساس، يمكنك اختيار أكثر من أساس. يمكنك أيضاً اختيار أكثر من عنصر العرق/الأصل

القرار التنفيذي 11246 بصيغته المعدلة. هذا القرار يشمل الأشخاص الذين يدعون التمييز بسبب العرق أو اللون أو الدين أو النوع أو الأصل. إذا تم اختيار هذا، فسوف تكون شكاوك مزدوجة لاعتبارها تهمة بموجب الباب السابع من قانون الحقوق المدنية لسنة 1964. أعتقد أنني كنت (أو لا أزال) أعاني من التمييز بسبب:

الأساس:

العرق _____	أسباني أو لاتيني _____	الهنود الحمر أو سكان الإسكا الأصليين _____
اللون _____	لست أسباني أو لاتيني _____	آسيوي _____
الدين _____		أسود أو أمريكي من أصل إفريقي _____
النوع _____	أنثى _____ ذكر _____	من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادي _____
الأصل _____		أبيض _____
أخرى _____		

البند 503 من قانون إعادة التأهيل لسنة 1973 بصيغته المعدلة. هذا القانون يشمل الأشخاص ذوي الإعاقة - الأشخاص الذين لديهم تاريخ من العجز البدني أو العقلي والأشخاص الذين يعتبرهم صاحب العمل معاقين. إذا تم اختيار هذا، فسوف تكون شكاوك مزدوجة لاعتبارها تهمة بموجب قانون المعوقين الأمريكيين.

الأساس _____ الإعاقة _____ برجاء الاختيار إذا كنت محارب قديم: _____ نعم _____ لا _____

قانون مساعدة محاربي فيتنام القدامى على التأقلم لسنة 1974 بصيغته المعدلة والبند 38 من قانون الولايات المتحدة رقم 4212. هذا القانون يشمل قدامى المحاربين المعوقين وقدامى المحاربين في حرب فيتنام وقدامى المحاربين المنفصلين حديثاً وقدامى المحاربين المعوقين وقدامى المحاربين في القوات المسلحة الذين حصلوا على وسام الخدمة وغيرهم من قدامى المحاربين الذين أدوا الخدمة.

الانتقام: من غير القانوني مضايقة أو تخويف أو تهديد أو إكراه أو تمييز أي شخص لأنه قدم شكوى أو شارك في دعوى تمييز أو على العكس عارض التمييز بموجب أي من البرامج الفيدرالية المذكورة أعلاه.

إذا استندت شكاوك عن حالة قدامى المحاربين، ضع علامة أو أكثر في المربعات المناسبة التالية.

سُرحت أو أعفيت من الخدمة العسكرية الفعلية في (أدخل تاريخ التسريح أو الإعفاء) _____

أنا من قدامى المحاربين وأثناء الخدمة العسكرية الفعلية في القوات المسلحة شاركت في عملية عسكرية للولايات المتحدة والتي مُنحت من أجلها وسام الخدمة من القوات المسلحة بناء على القرار التنفيذي 12985 (البند 61 من القانون الفيدرالي رقم 1209).

أديت الخدمة العسكرية الفعلية خلال حرب أو حملة أو بعثة والتي مُنحت من أجلها وسام الحملة.

أديت الخدمة العسكرية الفعلية لمدة تزيد عن 180 يوم ثم سُرحت أو أعفيت ولكن ليس بتسريح غير مشرف وأديت الخدمة العسكرية الفعلية في جمهورية فيتنام في الفترة ما بين 28 فبراير 1961 و 7 مايو 1975 أو الفترة ما بين 5 أغسطس 1964 و 7 مايو 1975 في جميع الحالات الأخرى.

سُرحت أو أعفيت من الخدمة العسكرية الفعلية عوضاً عن وظيفة مرتبطة بالإعاقة. إذا وضعت علامة على هذا المربع، قم بتقديم المعلومات الطبية التي تسببت في تسريحك أو إعفائك مع هذا النموذج. (هذه المعلومات متوفرة في سجلك العسكري الرئيسي في المركز القومي لسجلات العاملين بالعنوان (Page Boulevard, St. Louis, MO 63132 9700).

أنا محارب قديم يحق له الحصول على تعويض (أو الذي قد يستحق له الحصول على تعويض ولكنه يحصل على معاش التقاعد العسكري) بموجب القوانين التي أصدرها وزير شؤون المحاربين القدامى. اختر واحدة مما يلي:

تصنيف الإعاقة من 30% أو أكثر

تم تصنيف الإعاقة بنسبة 10% أو 20% وقد حددت الإعاقة رسمياً بعجز وظيفي حاد.

تصنيف الإعاقة، لا (أ) ولا (ب)

الخطوة 3: اختر تلك الإجراءات التي تعتقد أن صاحب العمل اتخذها أو لم يتخذها بسبب عرقك أو لونك أو دينك أو نوعك أو أصلك أو إعاقتك أو حالتك كمحارب قديم (يمكن اختيار أكثر من واحدة):

القضايا:

التوظيف	_____	الترقية	_____	التكليف بمهام	_____	شعائر يوم السبت	_____
فسخ العقد	_____	إنزال الدرجة	_____	التدريب والتمهين	_____	التخويف	_____
التسريح المؤقت	_____	الأقدمية	_____	مرافق منفصلة	_____	أخرى	_____
الاستدعاء	_____	المضايقة	_____	إجازة الحمل	_____		
الأجور	_____	فوائد الوظيفة	_____	القدرات العقلية	_____		

اشرح في إفادتك أدناه كيف تم التمييز ضدك في كل قضية.

1. هل تعرف أي موظفين أو متقدمين آخرين من مجموعتك عوملوا بنفس الطريقة (المحددة أعلاه) التي تدعي أنك عوملت بها؟

نعم _____ لا إذا كان الجواب نعم، اذكر أسمائهم في إفادتك أدناه وشرح كيف كانوا يعاملون.

2. هل تعرف أي موظفين أو متقدمين آخرين ليسوا من مجموعتك وعوملوا بنفس الطريقة (المحددة أعلاه) التي تدعي أنك عوملت بها؟

نعم _____ لا إذا كان الجواب نعم، اذكر أسمائهم في إفادتك أدناه وشرح كيف كانوا يعاملون.

الشكوى

وضح بالتفصيل التمييز / الإنتقام المزعوم.

برجاء ذكر:

- لماذا تعتقد أن الإجراء كان بسبب إعاقتك أو وضعك كمحارب قديم أو عرقك أو لونك أو دينك أو نوعك أو أصلك ولماذا تعتقد أن الإجراء كان بدافع الإنتقام،
 - التواريخ والأماكن وأسماء وألقاب الأشخاص المتورطين والشهود إذا وجد،
 - ما الضرر - إن وجد - الذي وقع عليك أو على غيرك من الذين تعمل معهم بسبب الإجراء التمييزي المزعوم.
 - ما هو التفسير - إن وجد - الذي أوضحه صاحب العمل لفعل هذا الإجراء و
 - أية معلومات قد تكون لديك فيما يتعلق بالعقود الفيدرالية التي يحتفظ بها المالك.
- إذا كانت هذه الشكوى تستند على الإعاقة، فأوضح إعاقتك أو تاريخ إعاقتك أو لماذا تعتقد أن صاحب العمل يعتبرك معاقاً.

إذا استعنت بمساعدة مصدر آخر في كتابة هذه الشكوى (وكالة أخرى أو محام أو إجراء تظلم داخلي، إلخ) يرجى التوضيح هنا مع ذكر اسم المصدر والتاريخ الذي التمسست فيه المساعدة والنتيجة إن وجدت:

الاسم النتيجة:	التاريخ
-------------------	---------

صديق أو قريب: برجاء إبلاغ OFCCP إذا قمت بتغيير عنوانك أو رقم هاتفك. يمكنك الإشارة إلى شخص يعرف كيفية الوصول إليك إذا لم يستطع برنامج OFCCP الوصول إليك على بريدك أو هاتفك الخاص.

الاسم
العنوان
المدينة
العلاقة
الهاتف

هل أنت ممثل؟ إذا كان هناك شخص أو منظمة أو محامي يمتلكك، يرجى إعلامنا:	قدمت الدعوى في مكان آخر؟ إذا قمت بتقديم هذه الشكوى أو واحدة مماثلة في أماكن أخرى، يرجى إعلامنا:
الاسم	الاسم
العنوان	العنوان
المدينة	المدينة
الاتصال	الاتصال
الهاتف	الهاتف

التوقيع والتحقق
أقر تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات الواردة أعلاه حقيقية وصحيحة على حد معرفتي أو اعتقادي. (الإقرار الكاذب عمدا يعاقب عليه القانون: البند 18 من قانون الولايات المتحدة الأمريكية 1001). أنا الموقع أعلاه أقر بتوفير أي معلومات طبية لازمة للتحقيق.

التاريخ توقيع مقدم الشكوى

بيان عبء الجمهور
تشير تقديراتنا إلى أن الأمر سيستغرق متوسط 1.28 ساعة لملء نموذج الشكوى هذا بما في ذلك وقت مراجعة التعليمات والبحث في مصادر البيانات الحالية وجمع وحفظ البيانات اللازمة واستكمال ومراجعة المعلومات. إذا كانت لديك أية تعليقات بشأن هذه التقديرات أو أي جانب آخر من نموذج الشكوى هذا بما في ذلك اقتراحات الحد من هذا العبء، أرسلها إلى Office of Federal Contract Compliance Programs Policy Division (1250-0002) 200 Constitution Avenue, N.W., Room C-3325, Washington, D.C. 20210.
لا ترسل الاستمارة بعد استيفائها لهذا العنوان

لا تكتب تحت هذا الخط

أكد المدعي صحة هذه الشكوى في حضوري. هذه الشكوى ستخضع للتحقيق بموجب القرار التنفيذي رقم 11246 بصيغته المعدلة والبند 503 من قانون إعادة التأهيل (Rehabilitation Act) لسنة 1973 بصيغته المعدلة و/أو قانون مساعدة محاربي فيتنام القدامى على التأقلم (Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act) لسنة 1974 بصيغته المعدلة والبند 38 من قانون الولايات المتحدة رقم 4212

اسم المحقق اللقب توقيع المحقق التاريخ