

## 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 الانتقائي.

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

### القسم 1: معلومات مقدم الشكوى

عنوان البريد الإلكتروني المفضل (للاستخدام في المراسلات المتعلقة بالشكوى)

الاسم بالكامل

--	--

جدول العمل (الأيام/ الساعات)

المسمى الوظيفي/ وحدة الأعمال/ المنشأة

الوكالة/ جهة العمل

--	--	--

رقم هاتف العمل

مكان/ عنوان العمل

--	--

رقم الهاتف الشخصي

عنوان المنزل

--	--

### 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. تركز مطالبة التمييز التي تقدمها على (حدد جميع ما ينطبق):

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> العرق          | <input type="checkbox"/> السن                        | <input type="checkbox"/> الحالة الاجتماعية/ الأسرية | <input type="checkbox"/> النوع/ الجنس                                    |
| <input type="checkbox"/> اللون          | <input type="checkbox"/> الإعاقة                     | <input type="checkbox"/> السمات الجينية المهيمنة    | <input type="checkbox"/> التحرش الجنسي                                   |
| <input type="checkbox"/> الأصل القومي   | <input type="checkbox"/> الحالة العسكرية             | <input type="checkbox"/> الحمل والحالات المتعلقة به | <input type="checkbox"/> الميل الجنسي                                    |
| <input type="checkbox"/> العقيدة/ الدين | <input type="checkbox"/> سجل الإدانة الجنائية/ الحبس | <input type="checkbox"/> حالة ضحية العنف الأسري     | <input type="checkbox"/> الهوية الجندرية                                 |
|   |  | <input type="checkbox"/> حالة المواطنة أو الهجرة    | <input type="checkbox"/> تصرف انتقائي (بسبب القيام بأحد الأنشطة المحمية) |

2. ادعواؤك بالتمييز ضد:

الاسم 1

المسمى الوظيفي

--	--

الوكالة

مكان العمل/ المنشأة

هاتف العمل

--	--	--

العلاقة:

المشرف

زميل العمل

مرؤوس

غير ذلك ←

يُرجى التحديد:

--

الاسم 2

المسمى الوظيفي

--	--

الوكالة

مكان العمل/ المنشأة

هاتف العمل

--	--	--

علاقته بك:

المشرف

زميل العمل

مرؤوس

غير ذلك ←

يُرجى التحديد:

--

# نموذج شكوى ضد التمييز الموظفين في ولاية نيويورك

صفحة 2

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.

نعم  لا

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؟

مقدم الشكوى

8. أملئ بيانات نموذج الشكوى المائل:

المشرف/ المدير

مسؤول مكافحة التمييز

التاريخ

التوقيع

Empire State Plaza  
Agency Building 2  
Albany, New York 12223  
[antidiscrimination@oer.ny.gov](mailto:antidiscrimination@oer.ny.gov)

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