

مكتب خدمات العمل والعائلة في أوهايو

مكتب الحقوق المدنية

30 E. Broad Street, 37<sup>th</sup> Floor

Columbus, Ohio 43215-3414

استمارة شكوى التمييز

هاتف: 644-2703 (614) أو مجاناً 1-866-227-6353 للصم والبكم 995-9961 (614) أو مجاناً 1-866-221-6700 فاكس: 614-752-6381  
سيتم تقديم المساعدة لاستكمال هذه الاستمارة.

1. الاسم: (اسم العائلة/الكنية)		(الاسم الأول)		(الحرف الأول من الاسم الوسطي)	
عنوان المنزل (الرقم والشارع)		(المدينة)		(الولاية)	
2. رقم هاتف العمل		3. رقم هاتف المنزل			
4 أ. على أي أساس تعتقد أنه قد تم التمييز ضدك؟		4 ب. مجال الخدمات/البرنامج			
<input type="checkbox"/> العرق	<input type="checkbox"/> السن	<input type="checkbox"/> العجز	<input type="checkbox"/> التبني/بيوت الرعاية/سعادة الأطفال	<input type="checkbox"/> العاطلين عن العمل	<input type="checkbox"/> WIA
<input type="checkbox"/> اللون	<input type="checkbox"/> الجنسية الأصلية	<input type="checkbox"/> وضع الجنسية القانوني (برنامج WIA فقط)	<input type="checkbox"/> ميديكيد	<input type="checkbox"/> الخدمات الصحية	<input type="checkbox"/> قسائم الغذاء
<input type="checkbox"/> الدين	<input type="checkbox"/> الأسلاف	<input type="checkbox"/> الجنس	<input type="checkbox"/> نفقة الأطفال	<input type="checkbox"/> مجالات أخرى	<input type="checkbox"/> TANF
5. عرق المشتكي		جنس المشتكي			
<input type="checkbox"/> أسود/أفريقي أمريكي	<input type="checkbox"/> أبيض/قوقازي	<input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني	<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى	
<input type="checkbox"/> أمريكي من السكان الأصليين	<input type="checkbox"/> آسيوي/من جزر الباسيفيك	<input type="checkbox"/> عرق آخر	6. ضع اسم المكتب أو الوكالة التي تعتقد أنها مارست التمييز ضدك (المقاطعة)		
7. الموقع (الرقم والشارع)		(المدينة)		(الولاية)	
8. الأسماء والمراكز الوظيفية للأشخاص الذين مارسوا التمييز ضدك:					
9. تاريخ التمييز المزعوم		10. موقع العمل/التدريب الذي كنت فيه: (إذا انطبق ذلك)			
11. يرجى أن تشرح لماذا تعتقد أن المعاملة أو الحادثة التي تعرضت لها كانت بسبب عرقك أو لونك أو ديانتك أو جنسيتك الأصلية أو العمر أو حالة العجز لديك أو الانتماء السياسي أو المعتقد و/أو لمشاركتك WIA: وضع المشترك/الجنسية القانوني. (يرجى إرفاق أوراق إضافية إذا اضطر الأمر لشرح شكواك بشكل كامل.)					
12. تاريخ كتابة الشكوى		13. توقيع المشتكي			
لاستخدام المكتب فقط					
Complaint No.		BCR staff assigned (initials)		Date charge received	
County Agency (specify CSEA, PCSA, ODJFS, etc....)			Program (OWA, WIA, TANF, Food Stamps)		