

نموذج شكوى التمييز

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن هذا النموذج، فيرجى الاتصال بـ Claudia Guerrero - Non-Discrimination Barrera Coordinator (منسق عدم التمييز) على الرقم 7269-489-804 (هاتف الصم وضعاف السمع: 1-800-828-1120) أو Civil_Rights@vdh.virginia.gov.

الرجاء الكتابة أو الطباعة. يمكنك أيضًا تقديم شكواك عبر الهاتف على الرقم المذكور أعلاه.

مقدم الشكوى	
	*الاسم الأول:
	الاسم الأخير:
	(يرجى تقديم رقم الهاتف أو عنوان البريد الإلكتروني)
	الهاتف (يشمل رمز المنطقة):
	عنوان البريد الإلكتروني:
	*السطر الأول لعنوان الشارع:
	*السطر الثاني لعنوان الشارع:
	*المدينة:
	*الولاية:
	*الرمز البريدي:
	هل تقدم هذه الشكوى نيابة عن شخص آخر؟ (إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل الحقول أدناه)
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الاسم الأول للطرف المتأثر:
	الاسم الأخير للطرف المتأثر:
	علاقة مقدم الشكوى بالطرف المتأثر:

تفاصيل الشكوى	
	*أعتقد أنني تعرضت (أو تعرض الطرف المتأثر) للتمييز على أساس:
<input type="checkbox"/> العرق / اللون	<input type="checkbox"/> الأصل الوطني (بما في ذلك الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية)
<input type="checkbox"/> العمر	<input type="checkbox"/> الدين
<input type="checkbox"/> الجنس	<input type="checkbox"/> الإعاقة
<input type="checkbox"/> أخرى (حدد) انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.	
	من تعتقد أنه مارس التمييز ضدك؟
	الاسم الأول والأخير للشخص أو اسم الوكالة/المنظمة:
	*السطر الأول لعنوان الشارع:
	*السطر الثاني لعنوان الشارع:
	*المدينة:
	*الولاية:
	*الرمز البريدي:

الهاتف (يشمل رمز المنطقة):	
متى تعتقد أن التمييز قد حدث؟ (إذا كنت ترغب في الإبلاغ عن أكثر من ثلاثة تواريخ، قم بإدراجها في وصف الشكوى أدناه)	
*	
* صف بإيجاز ما حدث. كيف ولماذا تعتقد أن الأفعال الموصوفة تشكل تمييزاً؟ يرجى أن يكون محددًا قدر الإمكان. (أرفق صفحات إضافية حسب الحاجة)	
انقر أو اضغط هنا لإدخال الوصف.	

إن تقديم شكوى إلى إدارة VDH أمر طوعي. ستستخدم VDH المعلومات التي تقدمها لتحديد ما إذا كانت VDH تتمتع بالولاية القضائية، وإذا كان الأمر كذلك، كيف سنعالج شكواك. يتم التعامل مع المعلومات المقدمة في هذا النموذج بسرية. يتم الكشف عن الأسماء أو المعلومات المحددة للهوية الأخرى المتعلقة بالأفراد فقط عندما يكون ذلك ضروريًا للتحقيق في التمييز المحتمل والاستخدامات الأخرى التي يسمح القانون بالكشف عنها.

التوقيع	
أكد أن المعلومات المقدمة في هذه الشكوى صحيحة ودقيقة على حد علمي. أفوض إدارة الصحة في فرجينيا بالحصول على أي سجلات أو معلومات ضرورية للتحقيق الكامل في شكواي.	
توقيع مقدم الشكوى	تاريخ اليوم

يرجى تقديم نموذج الشكوى المكتمل والموقع عبر أحد الإجراءات التالية:

- البريد: عناية: Non-Discrimination Coordinator (منسق سياسة عدم التمييز)، VDH, 109 Governor St., Richmond, VA 23219
- البريد الإلكتروني: Civil_Rights@VDH.Virginia.gov
- الفاكس: (804) 864-7022

سبب وجيه للإيداع المتأخر
* إذا كنت تقدم هذه الشكوى بعد أكثر من 90 يومًا من حدوث التمييز المزعوم، فيرجى الإشارة إلى سبب عدم قدرتك على تقديم الشكوى في الوقت المناسب.