

شكوى بشأن التمييز

يوضح ذلك سياسة «إدارة التراخيص» (DOL) Department of Licensing (DOL) للائتمثال لكل الأوامر التنفيذية واللوائح والقوانين الحكومية والفيدرالية السارية المتعلقة بالحقوق المدنية في تقديم الخدمات والدخول إلى المنشآت بالنسبة للجمهور. وإذا كنت تعتقد أن DOL قد مارست التمييز ضدك بشأن الدخول إلى المنشآت العامة أو تلقي الخدمات منها، فتسعد DOL بتلقي شكوتك. لذا يرجى إكمال هذا النموذج وإرساله بالبريد على العنوان التالي:

Civil Rights Compliance Coordinator
Department of Licensing
PO Box 9032
Olympia, WA 98507

البريد الإلكتروني: CivilRtsCoord@dol.wa.gov رقم الهاتف: 844.200.4466

رقم التتبع (يخضع لاستخدام «إدارة التراخيص فقط»)	معلومات الاتصال — عندما نحتاج إلى التواصل معك	
البريد الإلكتروني	رقم هاتف مكون من 10 أرقام	اسمك
عنوان المنزل (العنوان، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)		

معلومات الواقعة	
تاريخ الواقعة (شهر/يوم/سنة)	مكان الواقعة
الوقت التقريبي للواقعة <input type="checkbox"/> صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً	
أساس/نوع الشكوى (حدد كل الخيارات المنطبقة)	هل قدمت شكوى بشأن هذه الواقعة إلى هيئة أخرى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة «نعم»، فما اسم هذه الهيئة؟
<input type="checkbox"/> العرق/اللون <input type="checkbox"/> الإعاقة <input type="checkbox"/> دخل منخفض <input type="checkbox"/> أخرى (اذكرها)	<input type="checkbox"/> الجنس <input type="checkbox"/> العمر <input type="checkbox"/> الأصل القومي/عدم إتقان اللغة الإنجليزية
تفاصيل الواقعة (اذكر ما حدث)	
اذكر أي وثائق إثبات بشأن الواقعة وأرفقها بهذا النموذج	

الأشخاص المعنيون، إن وجدوا

اسم الشخص الذي تعتقد أنه مارس التمييز ضدك	المسمى الوظيفي	رقم هاتف مكون من 10 أرقام
اسم الشخص الذي تعتقد أنه مارس التمييز ضدك	المسمى الوظيفي	رقم هاتف مكون من 10 أرقام
اسم الشخص الذي تعتقد أنه مارس التمييز ضدك	المسمى الوظيفي	رقم هاتف مكون من 10 أرقام
اسم الشاهد على الواقعة		رقم هاتف مكون من 10 أرقام
اسم الشاهد على الواقعة		رقم هاتف مكون من 10 أرقام
اسم الشاهد على الواقعة		رقم هاتف مكون من 10 أرقام

X

التاريخ

التوقيع