



## نموذج شكوى تتعلق بالحصول على الخدمة والحقوق المدنية لأجل

قانون الأمريكيين من ذوي الإعاقة، والقسم 504 من قانون إعادة التأهيل، والباب السادس من قانون الحقوق المدنية،  
والحصول على الخدمات اللغوية، وشكاوى التمييز ضد الفئات المحمية

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم هذا النموذج، أو إذا كنت بحاجة إلى هذا النموذج بلغة أخرى أو تنسيق آخر، فيرجى التواصل مع عنوان البريد الإلكتروني [dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov) أو الاتصال بالرقم المجاني 3202-731-8666.

الاسم: الأخير \_\_\_\_\_ الأول \_\_\_\_\_

هل تقوم بتعبئة هذا النموذج بالأصالة عن نفسك أو بالنيابة عن شخص آخر؟  عن نفسي  عن شخص آخر

اسم الشخص الآخر الأخير \_\_\_\_\_ الأول \_\_\_\_\_

تاريخ اليوم: \_\_\_\_\_ (يجب أن يتم تقديم هذه الشكاوى في غضون عام واحد من حدوث واقعة التمييز المزعومة).

عنوان الشخص الذي يعتقد بأنه قد تم التمييز ضده:

الشارع \_\_\_\_\_ رقم الشقة \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

الهاتف ( ) \_\_\_\_\_ وسيلة التواصل المُفضَّلة: \_\_\_\_\_

العلاقة/الصلة بإدارة شؤون الأطفال، والشباب، والأسر (DCYF): \_\_\_\_\_

رقم القضية (إن وجد): \_\_\_\_\_

أساس التمييز أو سببه:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> حالة المحاربين القدامى أو حالة الخدمة العسكرية        | <input type="checkbox"/> العرق/اللون  |
| <input type="checkbox"/> الإعاقة   | <input type="checkbox"/> الأصل الوطني   |
| <input type="checkbox"/> استخدام كلب مُدرَّب للإرشاد أو حيوان مخصص لخدمة معينة | <input type="checkbox"/> الجنس:   |
| <input type="checkbox"/> حالة الهجرة/المواطنة                                  | <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير مُحدَّد/غير ثنائي |
| <input type="checkbox"/> أم ترضع رضاعة طبيعية                                  | <input type="checkbox"/> الحمل  |
| <input type="checkbox"/> العقيدة/الدين   | <input type="checkbox"/> الهوية الجنسية   |
| <input type="checkbox"/> اللغة المُفضَّلة المكتوبة أو المتحدث بها              | <input type="checkbox"/> التوجه الجنسي  |

يُرجى تقديم بيان توضيحي موجز عما حدث وتعتقد أنه فعل تمييزي:

موظف (موظفو) DCYF المتورط:

مكان المكتب:

تاريخ الواقعة/الضرر:

مكان الواقعة/الضرر:

هل تقدّمت بشكوى لدى وكالة أخرى؟ إذا كنت قد تقدمت بشكوى لدى وكالة أخرى، فما هي تلك الوكالة؟

يُرجى إرسال نموذج الشكوى الخاصة بك إلى عنوان البريد الإلكتروني [dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov)

أو

أرسلها بالبريد إلى **Service Access and Civil Rights, DCYF, PO Box 40993, Olympia, WA 98504-0983**

يجب أن يتم استلام هذه الشكوى من قِبَل DCYF في غضون عام واحد من حدوث الواقعة التي تعتقد أنها فعل تمييزي. سنقوم بالتواصل معك خلال 15 يوم عمل من تلقّي هذا النموذج.

يمكنك تقديم شكوى مجهولة الهوية إذا أردت ذلك؛ ولفعل ذلك، لا تذكر أي معلومات شخصية. ومع ذلك، يُرجى العلم أنه إذا قررت تقديم شكوى مجهولة الهوية، فإننا قد لا نتمكن من التحقيق في الشكوى بشكل كامل من دون القدرة على مقابلتك للحصول على جميع المعلومات اللازمة. ولن نتمكن أيضًا من التواصل معك بخصوص نتيجة الشكوى.

إذا كنت أحد الموظفين لدى DCYF ولديك شكوى أو كنت بحاجة إلى الحصول على ترتيب تيسيري معقول في مكان العمل، فتواصل مع قسم الموارد البشرية لدى DCYF على عنوان البريد الإلكتروني [dcyf.reasonableaccommodation@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.reasonableaccommodation@dcyf.wa.gov)

إذا كانت لديك شكوى غير مرتبطة بفعل تمييزي ضد فئة محمية أو الحصول على خدمة، فتواصل مع قسم العلاقات التأسيسية لدى DCYF على عنوان البريد الإلكتروني [constrelations@dcyf.wa.gov](mailto:constrelations@dcyf.wa.gov)

إذا كنت أحد العملاء، أو الزبائن، أو أفراد الجمهور الذين يحتاجون إلى تعديل معقول من جانب DCYF فيما يتعلق بإعاقاة ما، فتواصل مع عنوان البريد الإلكتروني [dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov)