

Չբաղվածության զարգացման վարչություն Խտրականության վերաբերյալ բողոքի ձև

Խնդրում ենք օգտագործել այս ձևը՝ խտրականության վերաբերյալ Չբաղվածության զարգացման վարչություն (EDD) բողոք ներկայացնելու համար: Խտրականության վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու համար լրացրեք այս ձևը և ուղարկեք այն Հավասար զբաղվածության հնարավորությունների (EEO) գրասենյակ:

Փոստով՝ Employment Development Department
Equal Employment Opportunity Office
PO Box 826880, MIC 49
Sacramento, CA 94280-0001

Ֆաքսով՝ 1-916-654-9371
Հասցեատեր՝ Equal Employment Opportunity
Office

1. Բողոքի մասին տեղեկություններ	
Անուն՝ _____	Տուն՝ _____
Հասցե՝ _____	Աշխատանք՝ _____
Քաղաք՝ _____	Բջջային՝ _____
Նահանգ՝ _____	Էլ. հասցե՝ _____
Փոստային կոդ՝ _____	

2. Բողոքատուի կոնտակտային տվյալները՝					
Ե՞րբ է հարմար պահը աշխատանքային ժամերին (8:00-ից մինչև 17:00) այս բողոքի վերաբերյալ հեռախոսով կապ հաստատելու համար:					
Օր	Երկուշաբթի	Երեքշաբթի	Չորեքշաբթի	Հինգշաբթի	Ուրբաթ
Ժամ					
Հեռախոսահամար					

3. Կոնտակտային տվյալներ այն անձի (անձանց) համար, որն, ըստ ձեր պնդման, խտրականություն է դրսևորել ձեր նկատմամբ.	
Նշեք կազմակերպության անվանումը, որտեղ աշխատում է/են անձը/անձինք.	
Ձեր նկատմամբ խտրականություն դրսևորած անձի անունը՝	
Անձի/կազմակերպության հասցեն՝	
Քաղաք՝ _____	Նահանգ՝ _____
Փոստային կոդ՝ _____	
Հեռախոս՝ _____	
Առաջին դեպքի ամսաթիվը՝ _____	Ամենավերջին դեպքի ամսաթիվը՝ _____

4. Պատմեք մեզ միջադեպ(ներ)ի մասին.

- Համառոտ բացատրեք, թե ինչ է տեղի ունեցել և ինչպես են ձեր նկատմամբ խտրական վերաբերմունք դրսևորվել:
- Նշեք ամսաթիվ(ներ)ը, երբ տեղի են ունեցել միջադեպ(ներ)ը:
- Նշեք, թե ով է ձեր նկատմամբ խտրական վերաբերմունք դրսևորել: Հնարավորության դեպքում ներառեք անուններ և պաշտոններ:
- Եթե այլ մարդկանց հետ այլ կերպ են վերաբերվել, քան ձեզ, ասեք մեզ, թե ինչպես են նրանց հետ տարբեր կերպ վարվել:
- Կցեք ցանկացած փաստաթուղթ, որը ձեր կարծիքով կարող է օգնել մեզ ավելի լավ հասկանալ ձեր բողոքը:

5. Խնդրում ենք ստորև թվարկել ցանկացած անձանց (վկաներ), որոնց հետ մենք կարող ենք կապ հաստատել՝ բողոքին աջակցելու կամ այն պարզաբանելու նպատակով

Անուն	Հասցե	Հեռախոս

6. Խտրականության հիմքերը.

- Նշեք ձեր հանդեպ դրսևորած խտրականության տեսակը, ինչպիսիք են՝ տարիքը, ռասան, մաշկի գույնը, ազգային ծագումը, հաշմանդամությունը և այլն:
- Եթե կարծում եք, որ ներգրավված են եղել մեկից ավելի հիմքեր, կարող եք նշել մեկից ավելի վանդակներ.

<input type="checkbox"/> Տարիք – Ճննդյան ամսաթիվ՝	<input type="checkbox"/> Բաղաքացիություն կամ օտարերկրացի ԱՄՆ-ում աշխատողի կարգավիճակ
<input type="checkbox"/> Մաշկի գույն	<input type="checkbox"/> Հաշմանդամություն
<input type="checkbox"/> Ազգային ծագում (ներառյալ անգլերենի սահմանափակ իմացություն)	<input type="checkbox"/> Բաղաքական լողմնորոշում կամ հավատամք
<input type="checkbox"/> Վրեժխնդրություն	<input type="checkbox"/> Կրոն
<input type="checkbox"/> Ռասա – Նշեք ռասան՝	<input type="checkbox"/> Սեռական ուղեղաբանություն
<input type="checkbox"/> Սեռ (ներառյալ հղիությունը, ծննդաբերությունը և հարակից բժշկական վիճակները, սեռական կարծրատիպերը, տրանսգենդերային կարգավիճակը և գենդերային ինքնությունը/արտահայտումը)	<input type="checkbox"/> Սեռական կողմնորոշում
	<input type="checkbox"/> Այլ (Նշեք)՝

7. Դուք նախկինում բողոքել եք այս անձի(անձանց)/կազմակերպության դեմ:

Այո Ոչ

- a. Ձեր բողոքը գրավոր՞ է եղել: Այո Ոչ
- b. Ո՞ր օրն եք ներկայացրել բողոքը:
- c. Գրասենյակի անվանումը, որտեղ դուք ներկայացրել եք ձեր բողոքը՝

Հասցե՝

Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Հեռախոսահամար՝	Կոնտակտային անձ (եթե հայտնի է)՝	

d. Ձեզ տրամադրվել է վերջնական որոշում կամ հաշվետվություն: Այո Ոչ
Եթե նշել եք «ԱՅՈ», խնդրում ենք կցել բողոքի պատճենը:

8. Անձնական ներկայացուցչի ընտրություն.

- Դուք կարող եք որոշել, որ մեկ ուրիշը ձեզ ներկայացնի այս բողոքի հետ կապված: Դա կարող է լինել բարեկամ, ընկեր, արհմիության ներկայացուցիչ, փաստաբան կամ մեկ ուրիշը:
- Եթե դուք որոշեք նշանակել մեկին, ով կներկայացնի ձեզ, ապա ձեզ հետ մեր ողջ հաղորդակցությունը կիրականացվի ձեր ներկայացուցչի միջոցով:

Ցանկանում եք լիազորել անձնական ներկայացուցչին այս բողոքը լուծելու համար: Այո Ոչ
 Եթե **ԱՅՈ**, լրացրեք բաժինը ստորև: Եթե **ՈՉ**, անցեք Բաժին 9-ին:

ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ԼԻԱՎՈՐՈՒՄԸ

Ես ցանկանում եմ լիազորել ստորև նշված անձին՝ գործելու իմ անունից որպես իմ անձնական ներկայացուցիչ այնպիսի հարցերում, ինչպիսիք են միջնորդությունը, կարգավորման կոնֆերանսները կամ այս բողոքի հետ կապված հետաքննությունները:

Անուն՝

Ես փաստաբան եմ, որը ներկայացնում է բողոքատուին: Ես փաստաբան չեմ, որը ներկայացնում է բողոքատուին:

Փոստային հասցե՝

Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Հեռախոս.	Ֆաքս՝	

Էլ.հասցե՝

9. Վեճերի այլընտրանքային լուծում (ADR), որը նաև հայտնի է որպես միջնորդություն:

Ճանուցում. Դուք պետք է նշեք, արդյոք ցանկանում եք, որ միջնորդը լուծի ձեր գործը: EEO գրասենյակը չի կարող սկսել ձեր բողոքի մշակումը մինչև դուք ընտրություն կկատարեք: Ստորև բերված վանդակներում նշեք **ԱՅՈ** կամ **ՈՉ**:

- Միջնորդությունը ձեր բողոքի հետաքննության այլընտրանքն է:
- Կողմերից ոչ մեկը միջնորդությամբ ոչինչ չի կորցնում:
- Բողոքի կողմերը վերանայում են փաստերը, քննարկում կարծիքները փաստերի վերաբերյալ և ձգտում են համաձայնության, որը բավարար է երկուսի համար:
 - Միջնորդության համաձայնությունն այն անձի (անձանց)/կազմակերպության կողմից մեղքի ընդունումը չէ, որն, ընստ ձեզ, խտրականություն է դրսևորել ձեր նկատմամբ:
 - Միջնորդությունն իրականացվում է պատրաստված, որակավորված և անաչառ միջնորդի կողմից:
 - Դուք (կամ ձեր անձնական ներկայացուցիչը) վերահսկում եք բավարար համաձայնագրի շուրջ բանակցությունները:
 - *Պայմանագրի պայմաններն ընդունելու համար ստորագրում են բողոքատուն և այն անձը/կազմակերպությունը, որն, ընստ ձեզ, որ խտրականություն է դրսևորել ձեր նկատմամբ:*
 - *Պայմանագիրն իրավաբանորեն պարտադիր է երկու կողմերի համար:*
 - Եթե համաձայնություն ձեռք չբերվի, պաշտոնական հետաքննություն կսկսվի:
 - Պայմանագրի պայմանները չպահպանելը կհանգեցնի պաշտոնական հետաքննության:
 - Պաշտոնական հետաքննություն կսկսվի, եթե հայտնի դառնա հաշվեհարդարի մասին:
- Ցանկանում եք, որ միջնորդը լուծի ձեր բողոքը:
(Խնդրում ենք նշել միայն մեկ վանդակ)

ԱՅՈ, ես ուզում եմ, որ միջնորդի միջոցով լուծվի: **ՈՉ**, խնդրում եմ հետաքննել:

10. Բողոքատուի ստորագրություն՝

Այս ձևի վրա ձեր ստորագրությունը կսկսի այս բողոքի մշակումը: Ստորագրելով այս ձևը, դուք սուտ վկայության համար պատժի ահի ներքո հայտարարում եք, որ ներառված տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճիշտ՝ ձեր լավագույն գիտելիքներով կամ համոզմունքներով:

Ստորագրություն՝

Ամսաթիվ՝

EDD-ը հավասար հնարավորությունների գործատու/ծրագիր է: Օժանդակ աջակցություններն ու ծառայություններն, ըստ պահանջի, մատչելի են հաշմանդամություն ունեցող անձանց: Ծառայությունների, օժանդակ միջոցների և/կամ այլընտրանքային ձևաչափերի վերաբերյալ հարցումները պետք է կատարվեն՝ զանգահարելով 1-916-654-8434 (ձայնային) հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն Կալիֆորնիայի կոմունատորային ծառայություն՝ 711 հեռախոսահամարով: