

تعليمات تقديم شكوى تتعلق بالتمييز

Washington State Department of Health
Civil Rights & ADA Program
P.O. Box 47890
Olympia, WA 98504-7890
هاتف: (833) 428-3703
البريد الإلكتروني: civil.rights@doh.wa.gov

تحسين إمكانية الوصول والمشاركة المنصفة في خدمات DOH

تلتزم Washington State Department of Health (DOH)، وزارة الصحة في ولاية واشنطن) بجميع القوانين، والقواعد، واللوائح الفيدرالية والتابعة للولاية المعمول بها، ولا تستبعد الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق، أو الجنس، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو اللغة، أو الدين، أو العمر، أو الإعاقة، أو الهوية الجنسية، أو الميل الجنسي، أو الحالة العسكرية، أو الموقف من التجنيد، أو أي فئة محمية أخرى.

توفر DOH خدمات التواصل اللغوي والترتيبات التيسيرية لذوي الإعاقة - بشكل مجاني - لجميع العملاء الذين يتلقون الخدمات أو يتعاملون مع DOH، والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر:

- خدمات الترجمة الفورية بحضور مترجم فوري معتمد (شخصياً أو عبر الهاتف)
- مترجمين مؤهلين إلى لغة الإشارة
- ترجمة مستندات DOH إلى اللغة المفضلة لديك
- المساعدات والترتيبات التيسيرية المعقولة

يمكنك تقديم شكوى تمييز إذا كنت تعتقد أن DOH:

- مارست التمييز أو الانتقام ضدك بسبب العرق، أو الجنس، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو اللغة، أو الدين، أو العمر، أو الإعاقة، أو الهوية الجنسية، أو الميل الجنسي، أو الحالة العسكرية، أو الموقف من التجنيد، أو أي فئة محمية أخرى
- أخفقت في توفير خدمات التواصل اللغوي (الترجمة الفورية، والترجمة التحريرية، وما إلى ذلك)
- أخفقت في توفير الترتيبات التيسيرية المعقولة للإعاقة التي لديك

هناك ثلاث طرق لتقديم شكوى إلى برنامج Civil Rights الخاص بنا:

1. أرسل نموذج شكوى تتعلق بالتمييز المكتمل عبر البريد الإلكتروني إلى civil.rights@doh.wa.gov.
2. اطبع نموذج شكوى تتعلق بالتمييز مكتمل وأرسله عبر البريد إلى:

Washington State Department of Health
Civil Rights & ADA Program
P.O. Box 47890
Olympia, WA 98504-7890

3. اتصل على الرقم (833) 428-3703 لتقديم شكوى إلى فريقنا عبر الهاتف.

يمكنك أيضاً تقديم شكاوى إلى السلطات التالية:

- وزارة العدل الأمريكية: (www.justice.gov) 800-514-0301
- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، الحقوق المدنية: (www.hhs.gov) 877-696-6775
- مكتب المدعي العام في ولاية واشنطن: (www.atg.wa.gov) 800-551-4636
- لجنة حقوق الإنسان في ولاية واشنطن: (www.hum.wa.gov) 800-233-3247

نموذج شكوى تتعلق بالتمييز

Washington State Department of Health
Civil Rights & ADA Program
P.O. Box 47890
Olympia, WA 98504-7890
هاتف: (833) 428-3703
البريد الإلكتروني: civil.rights@doh.wa.gov

إعادة تعيين النموذج

بياناتك

اللغة المُفضَّلة (اختر لغة واحدة)			
الإسبانية/Español	الإنجليزية		
الكمبودية/ខ្មែរ	الصينية المُبسَّطة/简体中文		
الكورية/한국어	الصينية التقليدية/繁體中文		
الفيتنامية/Tiếng Việt	الروسية/Русский		
لغة أخرى — يُرجى ذكرها:			
الترتيبات التيسيرية للإعاقة (اختياري)			
الاسم الأول	اسم العائلة		
العنوان			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	البلد
عنوان البريد الإلكتروني		رقم الهاتف	
اسم الممثل/المحامي (اختياري)		بيانات اتصال الممثل/المحامي	

إذا تغيَّر عنوانك أو رقم هاتفك بعد تقديم شكوى، فيرجى إبلاغنا على الفور.

نموذج شكوى تتعلق بالتمييز

تفاصيل الشكوى

متى حدث ذلك؟ (الشهر/اليوم/السنة)	عدم وجود ترتيبات تيسيرية التحرش الجنسي	التمييز المضايقات	نوع الشكوى (حدّد جميع ما ينطبق) التواصل اللغوي الانتقام
العمر الإعاقة	الأصل الوطني الميل الجنسي الحالة العسكرية/الموقف من التجنيد	لون البشرة الدين الجنس	ما أساس حدوث هذا التمييز في اعتقادك؟ الأصل العرقي أو السلالة اللغة الهوية الجنسية غير ذلك، يُرجى كتابته:
يُرجى توضيح ما حدث. أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر. يُرجى كتابة اسمك على كل صفحة مرفقة.			
ومتى؟ (الشهر/اليوم/السنة)	هل سبق لك تقديم شكوى بهذا الشأن؟ نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فما الجهة التي تقدّمت إليها بالشكوى		

إشعار خصوصية: تُعدّ المعلومات المُجمّعة من خلال هذا النموذج معلومات عامة ويجوز الإفصاح عنها ليفحصها أفراد المجتمع ويقومون بنسخها إذا طلبوا ذلك. في حالة تلقي طلب عام، سيتم الإفصاح عن هذا النموذج كما هو مطلوب بموجب Public Records Act (قانون السجلات العامة) (المادة رقم 24.56 من Revised Code of Washington (RCW)، قانون واشنطن المُعدّل)). سيتم حذف بياناتك الشخصية - التي تشمل اسمك، وعنوانك، وعنوان بريدك الإلكتروني، ورقم هاتفك، وأي سجلات طبية مُقدّمة - قبل الإفصاح عن أي سجلات. وسيتم الإفصاح عن تفاصيل الشكوى نفسها.

نموذج شكوى تتعلق بالتمييز

فيمَن تقدم هذه الشكوى (إذا كان معلومًا)؟
أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر. يُرجى كتابة اسمك على كل صفحة مرفقة.

أذكر اسم الشخص الذي تعتقد أنه مارس التمييز ضدك	المسمى الوظيفي	رقم الهاتف
أذكر اسم الشخص الذي تعتقد أنه مارس التمييز ضدك	المسمى الوظيفي	رقم الهاتف
أذكر اسم الشخص الذي تعتقد أنه مارس التمييز ضدك	المسمى الوظيفي	رقم الهاتف
اسم الشاهد على الحادث		رقم الهاتف
اسم الشاهد على الحادث		رقم الهاتف

التاريخ

التوقيع

للحصول على مزيد من المعلومات: اتصل على الرقم 428-3703 (833) أو ارسلنا على البريد الإلكتروني civil.rights@doh.wa.gov.



DOH 750-202 September 2024 Arabic

لطلب هذا المستند بتنسيق آخر، اتصل بالرقم 1-800-525-0127. بالنسبة إلى العملاء الصم أو ضعاف السمع، يُرجى الاتصال بالرقم 711 (Washington Relay) أو مراسلة عنوان البريد الإلكتروني doh.information@doh.wa.gov.