



Valerie Massard, President | Mary Waldron, Executive Director

(508) 583-1833

70 School Street, Brockton, MA 02301

www.ocpcrpa.org

نموذج شكوى حول وقوع حالة تمييز

يُرجى توفير المعلومات التالية لكي نتعامل مع الشكوى التي تقدمتم بها. يتوفر هذا النموذج بأشكال بديلة وبلغات متعددة. إذا رغبتكم بهذه الخدمات أو أي مساعدة أخرى لتعبئة هذا النموذج، يُرجى إبلاغنا.

الاسم: _____
العنوان: _____
أرقام الهواتف: (المنزل) _____ (العمل) _____ (الجوال) _____
البريد الإلكتروني: _____

يُرجى الإشارة إلى طبيعة التمييز الذي تدعون:

الفئات التي يحميها القسم السادس من قانون حقوق الانسان لعام 1964:

العرق اللون الأصل الوطني أو القومي (بما في ذلك الكفاءة المحدودة في اللغة الانجليزية)

الفئات الاضافية التي تحميها القوانين/ الاوامر الفيدرالية و/ أو الخاصة بالولاية ذات الصلة:

الإعاقات العمر الجنس التوجه الجنسي الدين سلالة المرء
 النوع الاثنية هوية النوع التعبير عن النوع
 العقيدة الوضع كمحارب قديم الخلفية ذوي الدخل المنخفض

من هو الشخص الذي تدعون بأنه ضحية عمل تمييزي؟

أنت فرد آخر أو طرف ثالث مجموعة أفراد

اسم الفرد و/ أو المنظمة التي تدعون بأنها تمارس التمييز؟

هل توافقون على أن يقوم المحقق بمشاركة اسمكم ومعلوماتكم الشخصية الأخرى مع أطراف أخرى متعلقة بهذا الموضوع إذا كانت هذه المشاركة ستساعد في عملية التحقيق وإيجاد حل لشكواكم؟

نعم لا

