

ادارة الوظائف و خدمات الاسرة لولاية اوهايو  
قسم الحقوق المدنيه  
150 شارع جيبى الشرقى  
كولومبس، اوهايو 3130-43215  
استمارة شكوي في حالات التفريقة العنصريه  
هاتف : (614) 2703-644 او للاتصال المجاني 1-800-227-6353  
خدمات الصم : (614) 9961-995 او للاتصال المجاني 1-266-221-6700  
فاكس رقم : 614-752-6381  
من حقك طلب اي مساعدة لملئ هذه الاستمارة

1. الاسم:		(الاخير او العائلى)	(الاول)	(الاسم الاوسط)
عنوان المنزل:		2. رقم هاتف العمل: ( )		
(رقم واسم الشارع)		3. رقم هاتف المنزل: ( )		
(المدينه)		(الرمز البريدى)		
4a. في اي مجال احسست بالعنصرية تجاهك؟		4b. البرامج و الخدمات:		
<input type="checkbox"/> العرق <input type="checkbox"/> السن <input type="checkbox"/> اللون <input type="checkbox"/> الاصل الوطنى <input type="checkbox"/> الديانه <input type="checkbox"/> الاصل العائلى <input type="checkbox"/> الجنس <input type="checkbox"/> الاعاقه <input type="checkbox"/> الجنسية او موقف المشترك (برنامج WIA فقط) <input type="checkbox"/> الجنس		<input type="checkbox"/> خدمات التبنى او خدمات الطفل <input type="checkbox"/> البطالة <input type="checkbox"/> WIA <input type="checkbox"/> التامين الصحى <input type="checkbox"/> نفقة الاولاد <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> الخدمات الصحيه <input type="checkbox"/> بطاقات الطعام <input type="checkbox"/> خدمات اخرى:		
5- عرق المشتكى:		جنس المشتكى:		
<input type="checkbox"/> اسود او اميريكي افريقى <input type="checkbox"/> امريكى اصلى <input type="checkbox"/> ابيض او اميريكي اوروبى <input type="checkbox"/> اسبوانى او لاتينى <input type="checkbox"/> اسبوانى او لاتينى <input type="checkbox"/> اسبوانى او لاتينى <input type="checkbox"/> عرق آخر: _____		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		
6. اذكر الاداره التى مارست العنصريه ضدك:		(المقاطعه)		
7. موقع الاداره:		(رقم واسم الشارع)	(البلد)	(الولاية)
8. اسماء و مراكز من تظن انهم مارسوا العنصريه معك:		(الرمز البريدى)		
9. تاريخ الحادثه		10. موقع العمل او موقع التدريب الخاص بك (ان امكن)		
11. نرجو شرح الحادث الذى رايت فيه شعورك بالعنصريه و هل كانت بسبب عرقك اولونك اودينك اواصلك القومى اوسنك او اعاقتك او انتمانك السياسى او اعتقاداتك او اذا كنت مشترك فى برنامج WIA: بسبب جنسيتك او موقفك كمشارك (يمكنك اضافه اى صفحات اضافيه ان اردت اذا احتاج الامر لشرح اضافى):				
12- تاريخ الشكوى:		امضاء المشتكى:		
للاستعمال الرسمى فقط				
رقم الشكوى:		اسم موظف BCR المسئول:		تاريخ استلام الشكوى:
ادارة المقاطعه : (حدد CSEA, PCSA, CDJFS, ODJFS الخ)		البرنامج (OWA, WIA, TANF, Food Stamps)		