

حوزه کالج منطقه‌ای لس‌آنجلس



دفتر تنوع، برابری و مشارکت

770 Wilshire Blvd., 2nd Floor

Los Angeles, CA 90017

Phone: 213 891-2000 ext: 2315 Fax: 213 891-2295

فرم شکایت تبعیض نامشروع، اذیت و آزار غیرقانونی و سوء رفتار جنسی (باب IX)

فرم شکایت

- سیاست حوزه کالج منطقه‌ای لس‌آنجلس این است که محیط آموزشی، شغلی و تجاری امنی را ایجاد کند که مطابق با مقررات اداری C-14، عاری از هرگونه تبعیض نامشروع، اذیت و آزار غیرقانونی و سوء رفتار جنسی باشد.
- بررسی همه شکایتهایی که مدعی نقض این «باب» هستند باید تحت نظارت دفتر تنوع، برابری و مشارکت صورت گیرد. (سیاست هیئت مدیره 15001-15003)
<https://www.laccd.edu/About/Pages/Admin-Regs.aspx>
<https://www.laccd.edu/Board/Documents/BoardRules/Chapter%20XV.docx>

اطلاعات شخصی

- (1) نام خانوادگی: _____ نام: _____ نام میانی: _____
آدرس محل سکونت: _____ آپارتمان / واحد #: _____ شهر: _____
ایالت: _____ کد پستی: _____ تلفن همراه #: _____ شماره تلفن دوم #: _____
ایمیل: _____ تاریخ تولد: _____ جنسیت: _____

(2) وضعیت: کادر مناسب را علامت بزنید

شغل اینجانب:

- عضو هیئت علمی کارمند طبقه‌بندی شده کارمند طبقه‌بندی نشده کارگر دانشجو
 شماره دانشجویی #: _____ متقاضی سایر موارد: _____
نام کلاس / بخش #: _____ شغل درخواستی: _____
 پاییز زمستان بهار تابستان تاریخ درخواست: _____
اکنون ثبت نام شده: بله خیر تاریخ اطلاع از عدم انتخاب: _____
دوره تکمیل شده: بله خیر
حذف/ مشروط: _____

(3) محل(های) تحصیل: کادر (های) مناسب را علامت بزنید

- City College Harbor College Mission College Pierce College Southwest College Other:
 Trade Tech Valley College East College West College ESC-District Office

(4) فرد یا مؤسسه‌ای که ادعا می‌کنید علیه شما تبعیض قائل شده است را مشخص کنید:

- نام: _____ نام: _____
شغل: _____ شغل: _____
اداره/دفتر: _____ اداره/دفتر: _____
کالج: _____ کالج: _____
تلفن #: _____ ایمیل: _____ تلفن: _____ ایمیل: _____

(5) نخستین تاریخ تبعیض مورد ادعا: _____

آخرین تاریخ تبعیض مورد ادعا: _____

شکایتهایی که ادعایی مبنی بر تبعیض در استخدام و/ یا سوء رفتار جنسی دارند، باید ظرف **180 روز** پس از آخرین تاریخ تبعیض نامشروع مورد ادعا تنظیم شوند. تمامی شکایتهای دیگر باید در عرض **یک سال** پس از آخرین تاریخ تبعیض غیرقانونی مورد ادعا تنظیم شوند.

رده‌بندی‌های تبعیض

اینجانب رفتار تبعیض‌آمیز مبنی بر موارد زیر را تجربه کرده‌ام: **کادر(های) مناسب را علامت بزیند** (تعاریف مربوط به موارد زیر را می‌توانید در Admin مشاهده کنید. ثبت‌نام C-14)

ناتوانی ذهنی ناتوانی فیزیکی وضعیت پزشکی (شامل سرطان و شرایط مرتبط / ویژگی‌های ژنتیکی)

جنس / جنسیت هویت جنسیتی بیان جنسیتی بارداری / زایمان / شیردهی / وضعیت پزشکی مرتبط

سوء رفتار جنسی آزار جنسی تجاوز جنسی خشونت دوران آشنایی خشونت علیه شریک جنسی تعقیب

گرایش جنسی مذهب (شامل لباس‌های مذهبی / شیوه‌های نظافت / مراسم مذهبی) سن (40 ساله و بالاتر)

نژاد رنگ پوست خاستگاه ملی هویت گروه قومی تبار تلافی سازگاری

ملاحظه شده که در رده محافظت‌شده‌ای قرار دارد یا با عضوی از طبقه محافظت‌شده مرتبط است سایر موارد: _____

جزئیات

توضیح دهید به چه دلیل اعتقاد دارید که رفتار تبعیض‌آمیزی علیه شما انجام شده است. **با جزئیاتی** از قبیل چه کسی / چه اندازه / چه زمانی / کجا/ چگونه، شرح دهید.

* در صورت نیاز می‌توانید صفحات بیشتری را اضافه کنید

مدارک مربوطه تحت تملک خود و سایر اطلاعات مربوط به شکایت را ضمیمه کنید.

کدام اقدام/اقدامات اصلاحی را پیشنهاد می‌کنید؟

شاهدان

اطلاعات تماس افرادی را ارائه دهید که در مورد دعوی (های) شما آگاهی دارند.

شخص 1: نام خانوادگی: _____ نام: _____

آدرس محل سکونت: _____ آپارتمان / واحد # _____ شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

تلفن همراه #: _____ خانه / دفتر #: _____ ایمیل: _____

این شخص چه اطلاعاتی در مورد ادعای شما ارائه خواهد داد؟

شخص 2: نام خانوادگی: _____ نام: _____

آدرس محل سکونت: _____ آپارتمان / واحد # _____ شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

تلفن همراه #: _____ خانه / دفتر #: _____ ایمیل: _____

این شخص چه اطلاعاتی در مورد ادعای شما ارائه خواهد داد؟

شخص 3: نام خانوادگی: _____ نام: _____

آدرس محل سکونت: _____ آپارتمان / واحد # _____ شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

تلفن همراه #: _____ خانه / دفتر #: _____ ایمیل: _____

این شخص چه اطلاعاتی در مورد ادعای شما ارائه خواهد داد؟

شخص 4: نام خانوادگی: _____ نام: _____

آدرس محل سکونت: _____ آپارتمان / واحد # _____ شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

تلفن همراه #: _____ خانه / دفتر #: _____ ایمیل: _____

این شخص چه اطلاعاتی در مورد ادعای شما ارائه خواهد داد؟

شهادت‌نامه

این‌جانب شهادت می‌دهم که اطلاعات و ادعاهای مندرج در این فرم شکایت بنا بر آنچه می‌دانم درست و صحیح است.

نام خوانا: _____ امضا: _____ تاریخ: _____
نام، نام خانوادگی

چنانچه این فرم را به‌صورت آنلاین تکمیل می‌کنید، لازم است امضای دیجیتالی را مطابق با مراحل زیر ایجاد کنید.

فرم شکایت تکمیل شده را می‌توانید از طریق ایمیل یا دورنگار ذیل ارسال کنید و یا شخصاً تحویل دهید:

Los Angeles Community College District
Attention: Office for Diversity, Equity, and Inclusion
770 Wilshire Blvd., 2nd Floor
Los Angeles, CA 90017
Fax: 213 891-2295

شما همچنین می‌توانید فرم و اسناد را در این آدرس چاپ، ثبت‌نام، تاریخ‌گذاری و ارسال کنید -

Diversity-Programs@email.laccd.edu

شما همچنین می‌توانید در دفتر قاضی ایالتی برای شکایت خود پرونده تشکیل دهید:

Chancellor's Office, California Community Colleges
1120 Q Street
Sacramento, CA 95814-6511
Attention: Legal Affairs Division

پاک کردن فرم

چاپ فرم

ارسال فرم