

استمارة التقدم بالشكاوى إلى

Anti-Discrimination NSW )مفوضية مناهضة التمييز في نيو ساوث ويلز)

المحتويات‬‬‬‬‬‬

[القسم أ - معلومات عن المشتكي 2](#_Toc73659920)

[القسم ب: من الذي تشكو منه؟ 4](#_Toc73659921)

[القسم ج: ما هو موضوع شكواك؟ 6](#_Toc73659922)

[القسم د: منح سلطة التصرف 7](#_Toc73659923)

**ما هو دورنا؟**

تتعامل Anti-Discrimination NSW (مفوضية مناهضة التمييز في نيو ساوث ويلز) مع الشكاوى المتعلقة بالتمييز، والتحرش الجنسي والذم والاضطهاد. سوف نتصل بك إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات حول شكواك.

بإكمالك هذه الاستمارة وإرسالها إلينا توافق على استخدامنا لمعلوماتك في إجراءاتنا المتعلقة الخاصة بتقييم الشكاوى والتحقيق في الأمر والمصالحة. إذا تم قبول شكواك للتحقيق سيتم تقديم نسخة منها إلى الشخص أو المنظمة التي تشكو منها (تسمى المدعى عليه)، وعند الضرورة إلى الأطراف الأخرى التي قد تكون على صلة بتحقيقنا. بإرسالك الاستمارة توافق على إرسالها هي والمواد الأخرى التي تقدمها إلى المدعى عليه والأطراف الأخرى.

**معلومات حول أشخاص غيرك**

الرجاء عدم تضمين معلومات شخصية عن أشخاص غيرك ما لم يوافقوا على ذلك، إلا أنك لست مضطرًا للحصول على موافقة الشخص (أو الأشخاص) الذي تشكو منه (المدعى عليه).

**أسئلة**

إذا ساورتك أسئلة حول عملية تقديم الشكوى أو حول إكمال هذه الاستمارة يرجى الاتصال بخدمة الاستفسار على البريد الإلكتروني [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au) أو هاتفيا على الرقم 5544 9568 02 أو 812 670 1800.

**كيفية تقديم الشكوى‬**‬‬

أرسل استمارة الشكوى هذه إلى [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au)

أو أرسلها بالبريد الاعتيادي إلى: Anti-Discrimination NSW, Locked Bag 5000, Parramatta NSW 2124

**يرجى الملاحظة أن الأمر سيتأخر إذا أرسلت شكواك بالبريد.**

# القسم أ - معلومات عن المشتكي

**إذا لم ترغب في إرسال تفاصيل الاتصال الخاصة بك إلى المدعى عليه يرجى تقديمها في مستند منفصل.**

|  |  |
| --- | --- |
| اللقب: |  |
| الاسم الأول:‬‬‬ |  |
| اسم العائلة:‬‬‬ |  |
| العنوان:‬‬‬‬ |  |
| الضاحية:‬‬‬ |  |
| الرمز البريدي:‬‬‬‬‬ |  |
| البريد الإلكتروني:‬‬‬ |  |
| الهاتف: |  |
| الجوال: |  |
| كيف تريد أن نتصل بك؟  بالبريد الإلكتروني‬  هاتفيا‬‬‬  (اختياري) ما هو الضمير الذي تستخدمه للدلالة عليك(على سبيل المثال ، هو، هي، هم)؟  (اختياري) ما الاسم الذي تريدنا أن نشير إليك به؟  يجب عليك تزويدنا باسمك وعنوانك حتى نتمكن من متابعة شكواك. | |
| أخبرنا إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة للمشاركة في إجراءات الشكوى، مثلًا لأنك تعاني من إعاقة أو لا تجيد الإنجليزية. يمكن للمفوضية ADNSW أن تقوم بترجمة هذه الاستمارة لك إذا دعت الحاجة. | |

يرجى تقديم تفاصيل أي شخص يساعدك في هذه الشكوى ، مثل مناصر أو ممثل نقابة أو محام يمثلك.

سنرسل جميع المراسلات إليك (الشاكي) ما لم تطلب منا عدم القيام بذلك.

|  |  |
| --- | --- |
| اللقب: |  |
| الاسم الأول:‬‬‬ |  |
| اسم العائلة:‬‬‬ |  |
| المنصب: |  |
| المنظمة: |  |
| العنوان:‬‬‬‬ |  |
| الضاحية:‬‬‬ |  |
| الرمز البريدي:‬‬‬‬‬ |  |
| البريد الإلكتروني:‬‬‬ |  |
| الهاتف: |  |
| الجوال: |  |

**شكوى نيابة عن شخص آخر (إذا كنت تقدم الشكوى عن الشاكي)**

قم بملء هذا الجزء فقط إذا كنت تقدم الشكوى نيابة عن الشاكي. يرجى تقديم التفاصيل الخاصة بك هنا.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| اللقب: |  | |
| الاسم الأول:‬‬‬ |  | |
| اسم العائلة:‬‬‬ |  | |
| العنوان:‬‬‬‬ |  | |
| الضاحية:‬‬‬ |  | |
| الرمز البريدي:‬‬‬‬‬ |  | |
| البريد الإلكتروني:‬‬‬ |  | |
| الهاتف: |  | |
| الجوال: |  | |
| ما هي علاقتك بالشاكي؟ | |  |
| كيف ترغب في أن نتصل بك؟  بالبريد الإلكتروني‬  هاتفيا‬‬‬‬ | | |
| إذا كنت تقدم الشكوى نيابة عن الشاكي، الرجاء مساعدته في ملء [القسم د: منح سلطة التصرف](#_Part_D:_Authority). | | |

# القسم ب: من الذي تشكو منه؟

**المدعى عليه الأول**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| اسم الشخص أو المنظمة: | |  | |
| رقم المصلحة التجارية الأسترالي (إذا كان ذا صلة): | |  | |
| العنوان:‬‬‬‬ |  | | |
| الضاحية:‬‬‬ |  | | |
| الرمز البريدي:‬‬‬‬‬ |  | | |
| البريد الإلكتروني:‬‬‬ |  | | |
| الهاتف: |  | | |
| الجوال: |  | | |
| ما هي علاقتك بالمدعى عليه؟ | | |  |

**المدعى عليه الثاني (اختياري)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| اسم الشخص أو المنظمة: | |  | |
| رقم المصلحة التجارية الأسترالي (إذا كان ذا صلة): | |  | |
| العنوان:‬‬‬‬ |  | | |
| الضاحية:‬‬‬ |  | | |
| الرمز البريدي:‬‬‬‬‬ |  | | |
| البريد الإلكتروني:‬‬‬ |  | | |
| الهاتف: |  | | |
| الجوال: |  | | |
| ما هي علاقتك بالمدعى عليه؟ | | |  |

|  |
| --- |
| إذا كان هناك أكثر من مدعى عليه يرجى تقديم تفاصيلهم.    هل تقدمت بشكوى إلى أي منظمة أخرى بشأن هذا الموضوع؟ إذا كانت إجابتك بنعم فما هي المنظمة ومتى تقدمت بالشكوى؟ |

# القسم ج: ما هو موضوع شكواك؟

قم بزيارة موقعنا على الإنترنت للحصول على معلومات حول أنواع التمييز المخالف للقانون في نيو ساوث ويلز: [antidiscrimination.nsw.gov.au](http://www.antidiscrimination.nsw.gov.au/) أو اتصل بنا على الرقم 5544 9268 02 أو 812 670 1800.

|  |
| --- |
| أتقدم بالشكوى لاعتقادي أنني تعرضت لما يلي:  التمييز بسبب  سني، كم سنك؟  إعاقتي (تشمل الأمراض والإعاقة المفترضة)، ما هي إعاقتك؟  مثليتي الجنسية (بما في ذلك المثلية الجنسية المفترضة)  حالتي الزوجية أو المنزلية، ما هي حالتك الزوجية أو المنزلية؟  عرقي (يشمل اللون والجنسية والنسب والخلفية العرقية و/أو الدينية، الأصل)، ما هو عرقك؟  جنسي (يشمل الحمل والإرضاع الطبيعي)، ما هو جنسك؟  واجباتي بصفتي مقدم رعاية (في مجال مكان العمل فقط)، ما هي واجباتك الخاصة بتقديم الرعاية.؟ ‬‬‬  كوني متحولا جنسيا (بما في ذلك حالة التحول الجنسي المفترضة)  التحرش الجنسي‬‬‬  التشهير (فعل عام يحرض على الكراهية أو الازدراء الشديد أو السخرية الشديدة من شخص أو مجموعات من الأشخاص) فيما يتعلق بـ  العرق  الدين (يشمل المعتقد أو الانتماء أو النشاط الديني، بالإضافة إلى عدم وجود معتقد ديني أو انتماء أو نشاط)، ما هو دينك؟  حالة فيروس نقص المناعة البشرية  حالة المتحولين جنسيًا  المثلية الجنسية  الاضطهاد لأنني تقدمت بشكوى بشأن أحد الأسباب المذكورة أعلاه أو ساعدت شخصًا ما في تقديم شكواه.  في أي مجال حدث التمييز؟  العمل  السلع والخدمات  التعليم‬  السكن ‬‬  نادي مسجل  أخرى (يرجى التحديد): |
| ماذا حدث؟‬ يرجى وصف الأحداث التي تشكو بسببها ذكر أي تواريخ ومواقع وأشخاص معنيين بها.‬‬  يمكن للرئيس أن يرفض قبول الشكوى إذا مر أكثر من 12 شهرًا على وقوع الأحداث.  إذا مر أكثر من 12 شهرًا على وقوع الأحداث، فما الذي منعك من التقدم بشكوى حينها؟ |
| كيف تأثرت بالأمر؟ |
| ما النتيجة التي تسعى للحصول عليها من المدعى عليه؟ (اختياري) |

**يرجى عدم إرسال أي معلومات أخرى. سنبلغك إذا كان عليك تقديم معلومات إضافية.**

أرسل استمارة الشكوى هذه إلى [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au)

# القسم د: منح سلطة التصرف

# **يجب أن يوافق الشاكي على قيامك بتقديم الشكوى نيابة عنه**

|  |  |
| --- | --- |
| اسم الشاكي: |  |
| أنا (الشاكي)  أوافق أن يقوم (اسم الشخص المفوض بالتصرف نيابة عن الشاكي)  بالتصرف نيابة عني طوال فترة إجراءات الشكوى وحتى تقوم Anti-Discrimination NSW (مفوضية مناهضة التمييز في ولاية نيو ساوث ويلز) بالبت فيها.  يحق لي سحب هذه الموافقة في أي وقت من خلال إبلاغ Anti-Discrimination NSW (مفوضية مناهضة التمييز في ولاية نيو ساوث ويلز) خطيًا بأني لم أعد أرغب في أن يتصرف الشخص المذكور أعلاه بالنيابة عني. | |
| التاريخ: |  |

# بيان الخصوصية

المعلومات الشخصية التي قدمتها محمية بموجب تشريعات الخصوصية، بما في ذلك *Privacy and Personal Information Protection Act 1998 (***قانون الخصوصية وحماية المعلومات الشخصية** **لعام** **1998**) و *Health Records and Information Privacy Act 2002 (***قانون السجلات الصحية وخصوصية المعلومات لعام** **2002)**.

تستخدم Anti-Discrimination NSW (مفوضية مناهضة التمييز في نيو ساوث ويلز) المعلومات الشخصية التي تقدمهـا ضمــن هــذه الاستمــارة وفــي غيرهــا مـن الاتصــالات بينك وبينهــا لتنفيــذ وظائفهــا القانونيــة بموجــب *Anti-Discrimination Act 1977 (***قانون مناهضة التمييز لعام** **1977)**. ويشمل ذلك التحقيق في الشكاوى المتعلقة بالتمييز المخالف للقانون، والمصالحة والبحوث والتحقيق في التمييز. ومفاد ذلك أنه سيتم تقديم نسخة من الشكوى وغيرها من المعلومات ذات الصلة إلى المدعى عليه (الشخص أو الشركة أو المنظمة المعنية بالشكوى). إذا استخدمنا معلوماتــك لأغــراض البحــوث، فلــن نسمــح بنشــر أي معلومــات شخصية تفصح عن هويتك. بتقديم شكواك إلى Anti-Discrimination NSW (مفوضية مناهضة التمييز في نيو ساوث ويلز) أنت توافق على استخدام المعلومات التي قدمتها لتمكينها من الوفاء بوظائفها القانونية تلك.

يرجى الاتصال بنا للحصول على تفاصيل حول جمع واستخدام معلوماتك الشخصية وحقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك التي تحتفظ بها Anti-Discrimination NSW (مفوضية مناهضة التمييز في نيو ساوث ويلز).