

**فرم شکایت**

 **Anti-Discrimination NSW (ضد تبعیض نیوساوت ویلز)**

فهرست مطالب

قسمت الف:-درمورد شما، شاکی ۲

قسمت ب: درمورد چه کسی شکایت می کنید؟ ۴

قسمت ج: موضع شکایتتان چیست؟ ۵

قسمت د: اجازه اقدام ۷

**کار ما چیست؟**

سازمان Anti-Discrimination NSW (ضد تبعیض نیوساولت ویلز) مسئولیت رسیدگی به شکایات تبعیض، آزار جنسی، بدگویی و اذیت و آزار را دارد. اگر به اطلاعات بیش‌تری در مورد شکایت شما نیاز داشته باشیم، با شما تماس خواهیم گرفت.

زمانی که این فرم را تکمیل کرده و برای ما می‌فرستید، به ما اجازه می‌دهید که برای مراحل بررسی شکایت از جمله ارزیابی، تحقیق و راه حل، از اطلاعات شما استفاده کنیم. اگر شکایت‌تان برای بررسی مورد قبول واقع شد، سپس نسخه‌ای از شکایت برای فرد یا شرکتی که از آن شکایت کردید (که پاسخ‌دهنده نامیده می‌شود) و در صورت نیاز برای سایر افراد مربوط به این بررسی، فرستاده خواهد شد. با ارائه این فرم، شما موافقت می‌کنید که ما این فرم و سایر اطلاعاتی که ارائه نموده‌اید را به پاسخ‌دهنده و بقیه بفرستیم.

**اطلاعات در مورد سایر افراد**

لطفا در مورد سایر افراد اطلاعات شخصی نفرستید مگر آن‌که آنها نسبت به آن رضایت داده باشند، ولی شما به رضایت فرد یا افرادی که در مورد آنها شکایت می‌کنید (پاسخ دهنده) نیاز ندارید.

**سئوال‌ها**

اگر سئوالی در مورد مراحل شکایت یا پرکردن این فرم دارید، لطفا با خدمات استعلام با ایمیل complaintsadb@justice.nsw.gove.au یا تلفن‌های ۵۵۴۴ ۹۲۶۸ ۰۲ یا ۸۱۲ ۶۷۰ ۱۸۰۰ تماس بگیرید.

**چگونه شکایت کنید**

این شکایت را به complaintsadb@justice.nsw.gov.au ایمیل کنید

یا به این آدرس پست کنید Anti-Discrimination NSW, Locked Bag 5000, Parramatta NSW 2124

**توجه داشته باشید که اگر شکایت را با پست می فرستید، تاخیر خواهد داشت.**

# قسمت الف:درباره شما، شاکی

**اگر نمی‌خواهید که مشخصات تماس شما به پاسخ‌دهنده فرستاده شود،آن را به صورت جداگانه بفرستید**

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان: |       |
| نام: |       |
| نام خانوادگی:  |       |
| آدرس:  |       |
| محله: |       |
| کدپستی: |       |
| ایمیل: |       |
| تلفن: |       |
| موبایل:  |       |
| چگونه مایلید با شما تماس بگیریم؟[ ]  ایمیل[ ]  تلفن (اختیاری) چه ضمیری استفاده می‌کنید (به عنوان مثال: او/آن/آنها)؟(اختیاری) مایلید از چه نامی برای ارجاع به شما استفاده کنیم؟ شما باید نام و آدرس خود را در اختیار ما قرار دهید تا بتوانیم شکایت‌تان را پیگیری کنیم. |
| اگر برای شرکت درروند شکایت به کمک نیاز دارید، ما را مطلع کنید. به عنوان مثال اگر معلولیت دارید یا زبان انگلیسی زبان دوم شماست. در صورت نیاز ADNSW (ضدتبعیض نیوساوت ویلز) می‌تواند این فرم را برای شما ترجمه کند. |

لطفا مشخصات کسی را که در ارتباط با این شکایت به شما کمک می‌کند مانند وکیل، نماینده اتحادیه یا نماینده قانونی اعلام کنید.

ما تمامی مکاتبات را برای شما (شاکی) ارسال می کنیم، مگراین‌که از ما بخواهید که این کار را انجام ندهیم.

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان:  |       |
| نام:  |       |
| نام خانوادگی:  |       |
| عنوان شغلی: |       |
| سازمان:  |       |
| آدرس:  |       |
| محله:  |       |
| کدپستی: |       |
| ایمیل:  |       |
| تلفن:  |       |
| موبایل: |       |

**شکایت از جانب شخصی دیگر (اگر شما از جانب شاکی شکایت می‌کنید)**

این بخش را در صورتی تکمیل کنید که از جانب شاکی شکایت می کنید،. لطفا مشخصات خود را این‌جا ذکر کنید.

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان:  |       |
| نام:  |       |
| نام خانوادگی:  |       |
| عنوان شغلی: |       |
| سازمان:  |       |
| آدرس:  |       |
| محله:  |       |
| کدپستی: |       |
| ایمیل:  |       |
| با شاکی چه نسبتی دارید؟  |       |
| چگونه مایلید با شما تماس بگیریم؟[ ]  ایمیل[ ]  تلفن |
| اگر شما از جانب شاکی شکایت می‌کنید،از او بخواهید که قسمت د: اجازه اقدام را پرکند. |

# قسمت ب: از چه کسی شکایت می‌کنید؟

**پاسخ دهنده ۱**

|  |  |
| --- | --- |
| نام شخص یا سازمان:  |       |
| شماره ABN: (در صورت وجود) |       |
| آدرس:  |       |
| محله:  |       |
| کدپستی: |       |
| ایمیل:  |       |
| تلفن:  |       |
| موبایل: |       |
| ارتباط شما با این پاسخ دهنده چیست؟ |       |

**پاسخ دهنده ۲**

|  |  |
| --- | --- |
| نام شخص یا سازمان:  |       |
| شماره ABN: (درصورتی که مربوط باشد) |       |
| آدرس:  |       |
| محله:  |       |
| کدپستی: |       |
| ایمیل:  |       |
| تلفن:  |       |
| موبایل: |       |
| ارتباط شما با این پاسخ‌دهنده چیست؟ |       |

|  |
| --- |
| اگر بیش از دو پاسخ دهنده موجود است، مشخصات آنها را اینجا ذکر کنید.     آیا به سازمان دیگری نیز در این مورد شکایت کرده‌اید؟ اگر ،بله، چه سازمانی و چه زمانی؟      |

# قسمت ج: شکایت شما در چه موردی است؟

از وبسایت ما برای دریافت اطلاعات در مورد انواع تبعیض که در نیوساوت ویلز خلاف قانون درنظر گرفته می‌شوند، ، بازدید کنید:[antidiscrimination.nsw.gov.au](http://www.antidiscrimination.nsw.gov.au/)  یا با ما با شماره‌های ۵۵۴۴ ۹۲۶۸ ۰۲ یا ۸۱۲ ۶۷۰ ۱۸۰۰ تماس بگیرید.

|  |
| --- |
| من شکایت می‌کنم زیرا فکر می‌کنم تجربه:تبعیض به علت [ ] [ ]  سن، چندسال دارید؟      [ ] معلولیت، (شامل بیماری و معلولیت متصوره)، معلول شما چیست؟      [ ] همجنس‌گرا بودن (شامل تصورهمجنس‌گرا بودن)[ ] وضعیت تاهل یا خانوادگی، وضع تاهل یا خانوادگی شما چیست؟      [ ] نژاد (شامل رنگ، ملیت، تبار، قوم، قومی-مذهبی، ملیت)،نژاد شما چیست؟      [ ] جنسیت (شامل بارداری و شیردهی)، جنسیت شما چیست؟      [ ] وظایف شما به عنوان یک مراقبت کننده (تنها در مورد استخدام)،وظایف شما به عنوان مراقبت کننده چیست؟      [ ] وضعیت تراجنسیتی (شامل تصور به وضعیت تراجنسیتی)[ ] آزار جنسی[ ]  توهین (یک اقدام عمومی که موجب برانگیختن نفرت نسبت به شخص یا گروهی از افراد، تحقیر جدی یا تمسخر شدید او می‌شود) مرتبط با [ ]  نژاد [ ]  دین (شامل اعتقاد، وابستگی یا فعالیت مذهبی و همچنین عدم اعتقاد، وابستگی یا فعالیت مذهبی)، دین شما چیست؟ [ ]  وضعیت HIV [ ]  وضعیت تراجنسیتی [ ]  همجنس گرایی[ ] آزار و اذیت به این دلیل که در مورد تبعیض شکایت کردم یا به کسی کمک کردم که شکایت کندتبعیض کجا اتفاق افتاد؟[ ] محل کار[ ] کالا و خدمات[ ] تحصیل[ ] اقامتگاه[ ] باشگاه ثبت شده[ ] سایر (ذکر کنید) :       |
| چه اتفاقی افتاد؟ تمامی وقایعی را که در مورد آن شکایت می‌کنید با ذکر تاریخ، مکان و اشخاص مورد نظر توضیح دهید.اگر زمان اتفاق وقایع بیش‌تر از ۱۲ ماه قبل باشد، مدیر مسئول می‌تواند شکایت را قبول یا رد کند.اگر وقایع قبل از ۱۲ ماه پیش اتفاق افتاد، چه عاملی از شکایت شما در همان زمان جلوگیری کرد؟  |
| آیا شما را تحت تاثیر قرار داد؟      |
| چه نتیجه‌ای از جانب پاسخ دهنده انتظار دارید؟      |

**لطفا اطلاعات دیگری نفرستید. اگر به اطلاعات بیش‌تری نیاز داشتیم، شما را مطلع می کنیم.**

فرم شکایت خود را به این آدرس complaintsadb@justice.nsw.gov.au ایمیل کنید.

# قسمت د: اجازه اقدام

# شاکی باید نسبت به اقدام به شکایت شما از جانب آنها راضی باشد

|  |  |
| --- | --- |
| نام شاکی:       |  |
| نام پاسخ دهنده:       |  |
| اینجانب       (شاکی) رضایت دارم که       (نام شخصی که از جانب شاکی اجازه اقدام دارد)از جانب من در تمام مراحل شکایت تا زمانی که شکایت توسط سازمان Anti-Discrimination NSW (ضدتبعیض نیوساوت ویلز) نهایی شود، اقدام نماید. من در هرزمانی می توانم با اطلاع دادن بهAnti-Discrimination NSW (ضدتبعیض نیوساوت ویلز) به صورت کتبی، از این رضایت صرفنظر کنم و آشکار نمایم که دیگر مایل نیستم شخص ذکر شده در بالا از جانب من اقدام نماید.  |
| امضاء (امضاء کنید یا نام خود را تایپ کنید): |       |
| تاریخ:  |       |

# بیانیه حریم خصوصی

اطلاعات شخصی که شما ارائه نموده اید، تحت قانون Privacy and Personal Information Protection Act 1998(حریم خصوصی از جمله قانون حمایت از حریم خصوصی و اطلاعات شخصی مصوب سال ۱۹۹۹) و Health Reocrds and Information Privacy Act 2002 (قانون سوابق پزشکی و حریم خصوصی اطلاعات سال ۲۰۰۲) حفظ می‌شوند.

Anti-Discrimination NSW (ضدتبعیض نیوساوت ویلز)از اطلاعاتی که شما در این فرم و مکاتبات دیگر فراهم کردید به منظور انجام وظایف قانونیش از Anti-Discrimination Act 1977 (قانون ضد تبعیض مصوب سال )۱۹۷۷ استفاده می‌کند. این شامل بررسی و مصالحه شکایات ناشی از تبعیض غیرقانونی و تحقیق و بازجویی در مورد تبعیض است. این به آن معنا است که نسخه‌ای از شکایت و سایر اطلاعات مربوطه برای پاسخ‌دهنده فرستاده می‌شود (شخص، شرکت یا سازمانی که شکایت علیه او است). اگر از اطلاعات شما به منظور تحقیق مورد استفاده قرار گیرد، ما اجازه نخواهیم داد هیچ یک از اطلاعاتی که هویت شخصی را مشخص می‌کند، در معرض عموم قرار گیرد. با ارائه شکایت خود به Anti-Discrimination NSW (ضدتبعیض نیوساوت ویلز)، شما به استفاده از اطلاعات ارائه شده برای انجام این وظایف قانونی، رضایت می‌دهید.

برای کسب جزئیات جمع‌آوری و استفاده از اطلاعات شخصی شما و حقوق خود در مورد اطلاعات جمع آوری شده در مورد شما توسط Anti-Discrimination NSW (ضدتبعیض نیوساوت ویلز)، با ما تماس بگیرید.

.