

فرمه شکایت Anti-Discrimination NSW (دفتر مبارزه با تبعیضNSW)

فهرست مطالب

بخش الف: در مورد شما به حیث شاکی **2**

بخش ب: از چه کسی شکایت دارید؟ **4**

بخش ج: شکایت شما راجع به چیست؟ **5**

بخش د: مسئول اقدام **7**

**ما چه می کنیم؟**

Anti-Discrimination NSW (دفتر مبارزه با تبعیض NSW) ، شکایات مربوط به تبعیض، آزار جنسی، و سخن زشت و رکیک و قربانی شدن را بررسی می کند. در صورت ضرورت به معلومات بیشتر در مورد شکایت شما، با شما در تماس خواهیم شد.

با تکمیل این فرمه و روان کردن آن برای ما، شما موافقت خود را با استفاده از معلومات خود در روند بررسی شکایت، تحقیق و میانجی گری برای فیصله اختلاف اعلام می کنید. در صورت پذیرش شکایت برای انجام تحقیقات، یک کاپی از شکایت شما در اختیار شخص یا سازمانی که از آن شکایت کرده اید( پاسخگو) و در صورت ضرورت سایر افراد مرتبط با روند تحقیقات قرار خواهد گرفت. با دادن این فرمه شما موافقت خود را با ارسال فرمه و سایر مدارکی که ارائه کرده اید به پاسخگو و یا دیگر افراد مرتبط اعلام می دارید.

**معلومات مربوط به سایر افراد**

لطفاً معلومات مربوط به افراد دیگر را بدون موافقت آنان ضمیمه نکنید ، ولی ضرورت ندارید از شخص یا اشخاصی که از آنها شکایت می کنید (پاسخگو/یان) رضایت بخواهید.

**سوالات**

در صورت ضرورت به معلومات در مورد روند شکایت و یا شیوه تکمیل این فرمه، لطفا به خدمات ما برای پاسخ به پرسش ها در ویب سایت complaintsadb@justice.nsw.gov.au مراجعه و یا با نمبر 02 9268 5544 و یا 1800 670 812 در تماس شوید.

**نحوه ارائه شکایت**

این فرمه شکایت را به ذریعه ایمیل به نشانی complaintsadb@justice.nsw.gov.au و یا از طریق پست به آدرس Anti-Discrimination NSW, Locked Bag 5000, Parramatta NSW 2124 (دفتر مبارزه با تبعیض NSW) روان کنید.

**لطفاً توجه داشته باشید که در صورت ارسال شکایت از طریق پست روند رسیدگی با تاخیر انجام خواهد شد.**

#

# بخش الف - در باره شما، شکایت کننده

**اگر نمی خواهید معلومات تماس شما برای پاسخگو ارسال گردد، لطفاً آنها را در یک سند جداگانه ارائه نمایید.**

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان: |  |
| نام: |  |
| تخلص:  |  |
| آدرس: |  |
| منطقه مسکونی: |  |
| کد پستی: |  |
| ایمیل: |  |
| تلیفون: |  |
| موبایل: |  |
| مایلید چطور با شما تماس گرفته شود؟ [ ]  ایمیل[ ]  تلیفون(اختیاری) از چه ضمیری استفاده می کنید (به طور مثال او(مرد)/ ایشان، او(زن) / ایشان، آنها / ایشان) ؟ (اختیاری) مایلید که به چه نامی به شما اشاره شود؟شما باید نام و آدرس خود را در اختیار ما قرار دهید تا ما شکایت تان را به جریان بیانداریم. |
| اگر برای اشتراک در روند شکایت به هر شکل کمک ضرورت دارید، ما را مطلع کنید برای مثال، اگر یک فرد دارای معلولیت هستید یا انگلیسی را به حیث زبان دوم صحبت می کنید. ADNSW (دفتر مبارزه با تبعیض NSW) می تواند در صورتی که ضرورت داشته باشید، این فرمه را ترجمه کند.  |

لطفاً مشخصات هر کسی را که در این شکایت به شما کمک می کند مانند جانبدار، نماینده اتحادیه یا وکیل قانونی را ارائه دهید.

ما کلیه مکاتبات را برای شما (شکایت کننده) ارسال خواهیم کرد مگر آنکه از ما بخواهید که این کار را نکنیم.

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان: |  |
| نام: |  |
| تخلص:  |  |
| سمت: |  |
| سازمان: |  |
| آدرس: |  |
| منطقه مسکونی: |  |
| کد پستی: |  |
| ایمیل: |  |
| تلیفون: |  |
| موبایل: |  |

**شکایت از طرف شخص دیگر (اگر شکایت خود را از طرف شاکی مطرح می کنید)**

فقط در صورتی که شکایت را از طرف شاکی مطرح می کنید، این موارد را خانه پری کنید. لطفاً جزئیات خود را در اینجا نوشته کنید.

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان: |  |
| نام: |  |
| تخلص:  |  |
| آدرس: |  |
| منطقه مسکونی: |  |
| کد پستی: |  |
| ایمیل: |  |
| تلیفون: |  |
| موبایل: |  |
| شما با شکایت کننده چه نسبتی دارید؟  |  |
| مایلید چطور با شما تماس گرفته شود؟ [ ]  ایمیل[ ]  تلفن |
| اگر این شکایت را از طرف شاکی مطرح می کنید، لطفاً از وی بخواهید که تا قسمت د : اجازه برای اقدام را تکمیل کنند. |

# بخش ب: از چه کسی شکایت دارید؟

**جواب گوی 1**

|  |  |
| --- | --- |
| نام شخص یا سازمان:  |  |
| ABN(در صورت مرتبط بودن): |  |
| آدرس: |  |
| منطقه مسکونی: |  |
| کد پستی: |  |
| ایمیل: |  |
| تلیفون: |  |
| موبایل: |  |
| شما با این جواب گو چه نسبتی دارید؟ |  |

**جواب گوی 2**

|  |  |
| --- | --- |
| نام شخص یا سازمان:  |  |
| ABN(در صورت مرتبط بودن): |  |
| آدرس: |  |
| منطقه مسکونی: |  |
| کد پستی: |  |
| ایمیل: |  |
| تلیفون: |  |
| موبایل: |  |
| شما با این جواب گو چه نسبتی دارید؟ |  |

|  |
| --- |
| اگر بیش از دو پاسخگو وجود دارد ، لطفا مشخصات آنها را ارائه دهید.آیا در این باره از سازمان دیگری شکایتی کرده اید؟ اگر چنین است، از کدام یک و در چه زمانی؟ |

#

# بخش ج: شکایت شما در باره چیست؟

برای معلومات راجع به انواع تبعیضاتی که در نیو ساوت ولز برخلاف قانون است، به ویب سایت ما مراجعه کنید: [antidiscrimination.nsw.gov.au](http://www.antidiscrimination.nsw.gov.au/) یا باما با شماره های 0292685544 یا 1800670812 به تماس شوید.

|  |
| --- |
| من شکایت دارم چرا که معتقدم موارد ذیل را تجربه کرده ام:[ ]  تبعیض به خاطر سن من[ ]  سن شما چقدر است؟[ ]  معلولیت (شامل بیماری ها و معلولیت مفروض)، معلولیت شما چیست؟[ ]  همجنسگرایی (از جمله همجنسگرایی های مفروض)[ ]  وضعیت تاهل یا خانوادگی، وضعیت تاهل یا خانوادگی شما چگونه است؟[ ]  نژاد (شامل رنگ پوست، ملیت، تبار، قومیت، قومی-مذهبی، پیشینه ملی)، نژاد شما چیست؟[ ]  جنسیت (شامل بارداری و شیردهی)، جنسیت شما چیست؟[ ]  مسئولیت های شغلی (فقط استخدام) ، مسئولیت های شغلی شما چیست؟[ ]  وضعیت تراجنسیتی (شامل وضعیت فرضیه/ جنسیت فرضیه)[ ]  آزار جنسی[ ]  توهین (عمل عمومی که برانگیختن نفرت نسبت به شخص یا گروهی از افراد، تحقیر جدی یا تمسخر شدید او) که مربوط به موارد ذیل باشد  [ ]  نژاد [ ]  دین (بشمولِ اعتقاد، وابستگی یا فعالیت مذهبی و همچنین نداشتن اعتقاد، وابستگی یا فعالیت مذهبی)، دین شما چیست؟ [ ]  وضعیت HIV [ ]  وضعیت تراجنسیتی [ ]  همجنس گرایی[ ]  قربانی شدن زیرا من شکایتی را دراجع به تبعیض مطرح کردم یا به کسی کمک کردم تا شکایت کندتبعیض در کجا رخ داده است؟[ ]  استخدام[ ]  کالا و خدمات[ ]  تعلیمات[ ]  اقامت[ ]  باشگاه ثبت شده[ ]  دیگر(مشخص کنید):  |
| چه شده است؟ رویدادهایی که از آنها شکایت دارید را شرح دهید و تاریخ، مکان و هر کسی که درگیر آن است را ذکر کنید.اگر حوادث بیش تر از 12 ماه قبل اتفاق افتاده باشد، رئیس می تواند از قبول شکایت خودداری کند.اگر حوادث بیش از 12 ماه قبل اتفاق افتاده است، چه چیزی مانع از طرح شکایت در آن زمان شده است؟ |
| چگونه تحت تأثیر قرار گرفته اید؟ |
| به دنبال چه جوابی از پاسخ دهنده هستید؟ (اختیاری) |

**لطفا معلومات دیگری ارسال نکنید، در صورت ضرورت به ارائه معلومات بیشتر به شما اطلاع خواهیم داد.**

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

# قسمت د: مسئول اقدام

# شاکی باید موافقت کند که شما از طرف آنها شکایت کرده اید

|  |  |
| --- | --- |
| نام شاکی: |  |
| نام پاسخ دهنده: |  |
| من (شاکی)موافقت میکنم برای (نام شخصی که مجاز است از طرف شاکی عمل کند)تا همیشه از طرف من در روند شکایت اقدام کنم تا زمانی که شکایت توسط Anti-Discrimination NSW (دفتر مبارزه با تبعیض NSW) نهایی شود.من این رضایت را هر زمان که بخواهم و دیگر مایل نیستم که شخصی که در بالا ذکر شده از طرف من اقدامی بکند، به صورت کتبی به Anti-Discrimination NSW (دفتر مبارزه با تبعیض NSW) پس گرفته می توانم. |
| امضا (نام خود را نوشته کنید یا امضا کنید): |  |
| تاریخ: |  |

# بیانیه حریم خصوصی

معلومات شخصی ارائه شده، بر اساس *Privacy and Personal Information Protection Act 1998*  (*قوانین حفظ حریم خصوصی از جمله قانون حفاظت از حریم خصوصی) و معلومات شخصی 1998 و Health Records and Information Privacy Act 2002 ( قانون حریم خصوصی معلومات و سوابق پزشکی 2002*)، محفوظ خواهد بود.

Anti-Discrimination NSW (دفتر مبارزه با تبعیض NSW) از معلومات شخصی ارائه شده در این فرمه و سایر مکاتبات برای انجام وظایف قانونی خود بر اساس *Anti-Discrimination Act 1977* (*قانون مبارزه با تبعیض* 1977) استفاده خواهد کرد.

این وظایف به شمول تحقیقات، حل و فصل شکایات در مورد تبعیض غیر قانونی، تفحص و پرس و جو راجع به تبعیض می باشد. این بدان معنی است که یک کاپی از شکایت نامه و دیگر معلومات مرتبط با آن در اختیار متهم( یعنی فرد، کمپانی و یا سازمانی که از او شکایت شده است) قرار خواهد گرفت. در صورت استفاده از معلومات شما برای اهداف تحقیقاتی، ما اجازه فاش شدن هویت شخصی شما را نخواهیم داد. با طرح شکایت نزد Anti-Discrimination NSW (دفتر مبارزه با تبعیض NSW)، شما به ما این اجازه را می دهید که از معلومات شما برای انجام وظایف قانونی خود استفاده کنیم.

لطفا با ما برای اطلاع از جزئیات مربوط به جمع آوری و استفاده از معلومات شخصی شما و همچنین حقوق قانونی خود در ارتباط با معلومات شخصی که در اختیار Anti-Discrimination NSW (دفتر مبارزه با تبعیض NSW) می باشد به تماس شوید.