

Anti-Discrimination NSW (**Ayrımcılığa Karşı NSW)**

**şikayet formu**

İçindekiler

Bölüm [A: Şikayetçi olarak sizin hakkınızda 2](#_Toc37065893)

[Bölüm B: Kimi şikayet ediyorsunuz? 4](#_Toc37065894)

[Bölüm C: Şikayetinizin konusu nedir? 5](#_Toc37065895)

[Bölüm D: Hareket Etme Yetkisi 6](#_Toc37065896)

**Ne yapıyoruz?**

Anti-Discrimination NSW (Ayrımcılığa Karşı NSW), ayrımcılık, cinsel taciz, kötüleme ve mağduriyet şikayetlerini ele alıyor. Şikayetiniz hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsak, sizinle iletişime geçeceğiz.

Bu formu doldurup bize gönderdiğinizde, bilgilerinizi şikayet süreçlerimiz olan değerlendirme, soruşturma ve uzlaşma için kullanmamıza izin vermiş olursunuz. Şikayetiniz soruşturma için kabul edilirse, şikayet ettiğiniz kişi veya kuruluşa (şikayet edilen olarak adlandırılır) ve gerekirse soruşturmamızla ilgili olabilecek diğer kişilere şikayetinizin bir kopyası sağlanacaktır. Formu göndererek, bu formu ve sağladığınız diğer malzemeleri şikayet edilene ve başkalarına göndermemizi kabul etmiş oluyorsunuz.

**Diğer kişiler hakkında bilgiler**

Lütfen kendileri kabul etmedikçe diğer kişiler hakkında kişisel bilgiler eklemeyin, ancak şikayet ettiğiniz kişinin/kişilerin (şikayet edilenin) onayına ihtiyacınız yoktur.

**Sorular**

Şikayet süreci veya bu formun doldurulması ile ilgili sorularınız varsa, lütfen [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au) veya 02 9268 5544 veya 1800 670 812 numaralı telefondan soruşturma hizmetimizle iletişime geçin.

**Şikayet nasıl yapılır**

Bu şikayet formunu [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au) adresine e-posta ile gönderin.

Veya, bu şikayeti Anti-Discrimination NSW, Locked Bag 5000, Parramatta NSW 2124

adresine gönderin.

**Şikayetinizi posta yoluyla gönderirseniz gecikmeler yaşanacağını lütfen unutmayın.**

# Bölüm A – Şikayetçi olarak sizin hakkınızda

**İletişim bilgilerinizin şikayet edilene gönderilmesini istemiyorsanız, lütfen ayrı bir belge olarak sağlayın**

|  |  |
| --- | --- |
| Ünvan: |  |
| İsim |  |
| Soyisim: |  |
| Adres: |  |
| Semt: |  |
| Posta kodu: |  |
| E-posta: |  |
| Telefon: |  |
| Cep telefonu: |  |
| Sizinle nasıl iletişim kurmamızı istersiniz?  E-posta  Telefon  (İsteğe bağlı) Kullandığınız zamir nedir? (örneğin o/ona, onlar/onlara?)  (İsteğe bağlı) Sizin için hangi ismi kullanmamızı istersiniz?  Şikayetinizi yürütmemiz için isminizi ve adresinizi biz vermeniz gerekir. | |
| Şikayet sürecine katılmak için herhangi bir yardıma ihtiyacınız olup olmadığını bize söyleyin, örneğin engelli bir kişi olmanız veya İngilizce’yi ek dil olarak konuşmanız nedeniyle. ADNSW, ihtiyacınız varsa bu formu tercüme ettirebilir. | |

Lütfen bu şikayette size yardımcı olan avukat, sendika temsilcisi veya yasal temsilci gibi kişilerin ayrıntılarını sağlayın.

Siz karşı çıkmadığınız sürece tüm yazışmaları size (şikayetçi) göndereceğiz.

|  |  |
| --- | --- |
| Ünvan: |  |
| İsim: |  |
| Soyisim: |  |
| Görev: |  |
| Kuruluş: |  |
| Adres: |  |
| Semt: |  |
| Posta kodu: |  |
| E-posta: |  |
| Telefon: |  |
| Cep telefonu: |  |

**Birisi adına şikayet (şikayetçi için şikayette bulunuyorsanız)**

Bunu sadece şikayetçi için şikayette bulunuyorsanız doldurun. Lütfen bilgilerinizi aşağıya yazın.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ünvan: |  | |
| İsim: |  | |
| Soyisim: |  | |
| Adres: |  | |
| Semt: |  | |
| Posta kodu: |  | |
| E-posta: |  | |
| Telefon: |  | |
| Cep telefonu: |  | |
| Şikayetçi ile olan ilişkiniz nedir? | |  |
| Sizinle nasıl iletişim kurmamızı istersiniz?  E-posta  Telefon | | |
| Şikayeti şikayetçi için yapıyorsanız lütfen o kişinin [Bölüm](#_Part_D:_Authority) D: Hareket Etme Yetkisi’ni doldurmasını sağlayın. | | |

# Bölüm B: Kimi şikayet ediyorsunuz?

**Şikayet edilen 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kişi veya kuruluşun adı: | |  | |
| ABN (geçerliyse): | |  | |
| Adres: |  | | |
| Semt: |  | | |
| Posta kodu: |  | | |
| E-posta: |  | | |
| Telefon: |  | | |
| Cep telefonu: |  | | |
| Yanıtlayanla ilişkiniz nedir? | | |  |

**Şikayet edilen 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kişi veya kuruluşun adı: | |  | |
| ABN (geçerliyse): | |  | |
| Adres: |  | | |
| Semt: |  | | |
| Posta kodu: |  | | |
| E-posta: |  | | |
| Telefon: |  | | |
| Cep telefonu: |  | | |
| Şikayet edilenle ilişkiniz nedir? | | |  |

|  |
| --- |
| Şikayet edilen sayısı ikiden fazla ise lütfen ayrıntılarını yazın.    Siz bu konuda başka bir kuruluşa şikayette bulundunuz mu? Evet ise, hangisi ve ne zaman? |

# Bölüm C: Şikayetinizin konusu nedir?

|  |
| --- |
| New South Wales’de yasalara aykırı ayrımcılık türleri hakkında bilgi için internet sitemizi ziyaret edin: [antidiscrimination.nsw.gov.au](http://www.antidiscrimination.nsw.gov.au/) veya 02 9268 5544 veya 1800 670 812 numaralı telefondan bizimle iletişime geçin.  Şikayet ediyorum çünkü :  aşağıda işaretlenen ayrımcılığa maruz kaldım  yaş, yaşınız kaç?  engellilik (hastalıklar ve varsayılan engellilik dahil), engeliniz nedir?  eşcinsellik (varsayılan eşcinsellik dahil)  evlilik veya ev içi durumunuz, evlilik veya ev içi durumunuz nedir?  ırk (ten rengi, vatandaşlık, soy, etnik, etnik-dinsel, ulusal köken dahil) ırkınız nedir?  cinsiyet (hamilelik ve bebek emzirme dahil), cinsiyetiniz nedir?  bir bakıcı olarak sorumluluklar (yalnızca personel olarak), bakıcılık sorumluluklarınız nedir?  cinsiyet değiştirme durumu (varsayılan cinsiyet değiştirme durumu dahil)  cinsel taciz  aşağıdakilerle ilgili kötüleme (bir kişi veya gruba karşı nefret, ciddi aşağılama veya ileri düzey alay etmeyi teşvik eden kamusal eylem)  ırk  din (dini inanç, bağlılık veya faaliyetin yanı sıra dini inanç, bağlılık veya faaliyete sahip olmamayı da içerir), dininiz nedir?  HIV durumu  transseksüellik durumu  eşcinsellik  bir ayrımcılık şikayeti yaptığım veya başka bir kişinin şikayet etmesine yardım ettiğim için mağdur edilme  Ayrımcılık nerede oldu?  İşyeri  Mal ve hizmet alırken  Eğitim  Kalacak yer  Kayıtlı kulüp  Diğer (belirtin): |
| Ne oldu? Şikayet ettiğiniz olayları açıklayın ve tarihleri, konumları ve ilgili herkesi dahil edin.    Başkan, olayların 12 aydan uzun bir süre önce gerçekleşmesi halinde şikayeti kabul etmeyi reddedebilir.  Olaylar 12 aydan daha uzun bir süre önce olduysa, o sırada şikayetinizi bildirmenize ne engel oldu? |
| Nasıl etkilendiniz?? |
| Şikayet ettiğinizden nasıl bir sonuç bekliyorsunuz? (İsteğe bağlı) |

**Lütfen başka bilgi göndermeyin. Daha fazla bilgi vermeniz gerekirse size bildiririz.**

Bu şikayet formunu [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au) adresine e-posta ile gönderin.

# Bölüm D: Hareket etme Yetkisi

# Şikayetçi sizin onun adına şikayet etmesini kabul etmelidir

|  |  |
| --- | --- |
| Şikayetçinin adı: |  |
| Şikayet edilenin adı: |  |
| Ben       (şikayetçi)        isimli kişinin (şikayetçi adına hareket etme yetkisi olan kişinin adı)  şikayet Anti-Discrimination NSW (Ayrımcılığa Karşı NSW) tarafından sonuçlandırılıncaya kadar şikayet sürecinde her zaman benim adıma hareket etmesini kabul ediyorum.  Anti-Discrimination NSW’ye (Ayrımcılığa Karşı NSW) artık yukarıda adı geçen kişinin benim adıma hareket etmesini istemiyorum diyerek bu onayı istediğim zaman geri çekebilirim. | |
| İmza (imzalayın veya  adınızı yazın): |  |
| Tarih: |  |

# Gizlilik bildirimi

Sağladığınız kişisel bilgiler, *Privacy and Personal Information Protection Act 1998 (1998 gizlilik ve kişisel bilgilerin korunması yasası) ve Health Records and Information Privacy Act 2002* de (*2002 Sağlık Kayıtları ve Bilgi Gizliliği Yasası)* dahil olmak üzere gizlilik mevzuatı kapsamında korunmaktadır.

Ayrımcılığa Karşı NSW, *Anti-Discrimination Act 1977 (1977 ayrımcılıkla mücadele yasası)* uyarınca yasal işlevlerini yerine getirmek için bu formda ve diğer iletişimlerde sağladığınız kişisel bilgileri kullanır. Bunlar arasında hukuka aykırı ayrımcılık şikayetlerinin araştırılması ve uzlaştırılması ile ayrımcılıkla ilgili araştırma ve soruşturmalar yer almaktadır. Bu, şikayetin bir kopyasının ve diğer ilgili bilgilerin şikayet edilene (şikayet edilen kişi, şirket veya kuruluş) sağlanacağı anlamına gelir. Bilgilerinizi araştırma amacıyla kullanırsak, kişisel olarak tanımlayıcı bilgilerin kamuya açık olmasına izin vermeyiz. Şikayetinizi Anti-Discrimination NSW’ye (Ayrımcılığa Karşı NSW') göndermekle, bu yasal işlevleri yerine getirmek için sağladığınız bilgilerin kullanılmasına izin vermiş oluyorsunuz.

Anti-Discrimination NSW (Ayrımcılığa Karşı NSW) tarafından hakkınızda tutulan bilgilerle ilişkili kişisel bilgilerinizin toplanması ve haklarınızın kullanımı hakkında ayrıntılı bilgi için lütfen bizimle iletişime geçin.