

QUESTIONNAIRE D'ACCUEIL POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

LE FAIT DE REMPLIR CE FORMULAIRE NE CONSTITUE PAS UN DÉPÔT DE PLAINTÉ POUR DISCRIMINATION.

***Toutes les rubriques obligatoires sont indiquées avec une étoile.**

1. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DU PLAIGNANT

| | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| *Date d'aujourd'hui : _____ | *Nom complet : _____ |
|------------------------------------|-----------------------------|

| | |
|-------------------------|--|
| *Adresse : _____ | *Ville, État, code postal : _____ |
|-------------------------|--|

| | | | | | | | | | | |
|--|---|------------|----------|------------|-----------|--------|---------|---------|----------|-------|
| Adresse électronique : _____ | *Avez-vous besoin d'assistance dans votre langue ? Si oui, laquelle ? | | | | | | | | | |
| *N° de téléphone du domicile : _____ | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Anglais</td> <td style="width: 33%;">Français</td> <td style="width: 33%;">Vietnamien</td> </tr> <tr> <td>Amharique</td> <td>Coréen</td> <td>Autre :</td> </tr> <tr> <td>Chinois</td> <td>Espagnol</td> <td>_____</td> </tr> </table> | Anglais | Français | Vietnamien | Amharique | Coréen | Autre : | Chinois | Espagnol | _____ |
| Anglais | Français | Vietnamien | | | | | | | | |
| Amharique | Coréen | Autre : | | | | | | | | |
| Chinois | Espagnol | _____ | | | | | | | | |
| N° de téléphone professionnel : _____ | | | | | | | | | | |

Si vous êtes représenté(e) par un(e) avocat(e), veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom complet de l'avocat(e) : _____ **Téléphone/Fax :** _____
Adresse : _____ **Adresse électronique :** _____

Nous vous prions de noter que si vous êtes représenté(e) par un avocat ou si vous retenez les services d'un avocat avant votre entretien d'accueil prévu, ce dernier devra soit (1) être présent avec vous pour la durée de votre entretien d'accueil, ou (2) s'excuser de l'entretien en envoyant une lettre à l'Office en indiquant que l'entretien pourra se tenir sans lui/elle.

Avez-vous besoin d'un accommodement raisonnable ? Si oui, veuillez expliquer pourquoi :

Avez-vous besoin de services d'interprétation ? Si oui, dans quelle langue ? _____

2. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DU DÉFENDEUR

Nom de la société ou de l'organisation : _____

Nom complet et fonction du responsable principal (par ex. président, propriétaire, directeur des ressources humaines) : _____

| | |
|------------------------|---|
| Adresse : _____ | Ville, État, code postal : _____ |
|------------------------|---|

| | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| N° de tél. : _____ | N° de fax : _____ | Adresse électronique : _____ |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------------------|

3. MOTIF DE LA PLAINTÉ

Le motif est la catégorie à laquelle vous appartenez ou à laquelle vous semblez appartenir, et en raison de laquelle vous pensez avoir été traité(e) différemment.

*** Vous pensez avoir été victime de discrimination à cause de votre (veuillez cocher la ou les case(s) correspondante(s), le cas échéant) :**

| | | |
|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Race | Handicap | Apparence physique |
| Appartenance politique | Religion | Responsabilités familiales |
| Nationalité d'origine | Âge | Identité ou expression de genre |
| Sexe | Informations génétiques | Couleur de peau |
| Orientation sexuelle | État civil | Matricule |
| Situation familiale | Lieu de résidence ou commerce | |

4. COMPÉTENCE

***Veuillez cocher toutes les cases pertinentes :**

La violation alléguée a eu lieu dans le district fédéral de Columbia.

La violation alléguée a eu lieu il y a 365 jours ou moins avant la date d'aujourd'hui.

Vous n'avez entamé aucune autre action civile, criminelle ou administrative auprès d'un tribunal quelconque, fondée sur la même pratique discriminatoire illégale décrite dans la présente.

5. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

*Par rapport à quelle mesure pensez-vous avoir subi un traitement différent ?

Une négligence à adapter le service (en raison de la religion ou d'un handicap)

Le refus de service

Environnement hostile

Autre : _____

* Date de l'incident présumé : _____ * Service demandé : _____

Personne qui a refusé votre demande de service (si vous le savez) :

Nom complet : _____ Fonction : _____

En quoi cette personne diffère-t-elle de vous ? (par exemple : Quel est l'élément de protection dont bénéficie la personne ? Voir l'article pour une liste complète de ces éléments.)

Avez-vous essayé de régler cette affaire avec le défendeur ? Si oui, veuillez décrire à qui vous vous êtes adressé et sa réponse :

*6. VOTRE PLAINTE

Veillez décrire en détail l'incident (ou les incidents) qui vous a amené à déposer une plainte de discrimination. Veuillez indiquer les dates ainsi que les noms des personnes qui ont exercé une discrimination à votre encontre en vous refusant des services d'enseignement. S'il s'agit d'une plainte fondée sur un handicap, veuillez préciser si un accommodement a été demandé ; la personne à qui la demande a été envoyée et la date à laquelle le défendeur a été avisé de votre handicap.

7. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA RECOMMANDATION

Comment avez-vous entendu parler du DC Office of Human Rights (veuillez cocher les cases correspondantes) ?

La famille, les amis ou les connaissances
Les médias sociaux de l'OHR (Facebook, Twitter, etc.)
Un événement ou une formation
Un reportage (imprimé, radio, TV ou Web)
Autre : _____

Le gouvernement de DC ou le numéro de téléphone 311
Une publicité de l'OHR
Une organisation communautaire ou à but non lucratif : _____

Le site Web de l'OHR ou un moteur de recherche
Une brochure ou un prospectus de l'OHR
Un avocat ou un centre d'assistance juridique : _____

L'ENVOI DE CE QUESTIONNAIRE D'ACCUEIL NE CONSTITUE PAS LE DÉPÔT D'UNE PLAINTE.

Veillez retourner ce formulaire par courrier ou en personne à : 441 4th Street NW, Suite 570N, Washington DC, 20001.

Le DC Office of Human Rights (le *Bureau des droits de l'homme de Washington*, ou OHR) a été établi pour éliminer la discrimination, augmenter l'égalité des chances et protéger les droits de l'homme pour les personnes qui habitent, travaillent dans le District de Columbia ou le visitent. La réception de ce formulaire de plainte par l'OHR conduira à un entretien d'accueil.

* Signature du (de la) plaignant(e) éventuel(le)

*Date