

## QUESTIONNAIRE D'ACCUEIL POUR UN EMPLOI

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, en quelle langue ?		
*N° de téléphone du domicile :	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Vietnamien
N° de téléphone professionnel :	<input type="checkbox"/> Amharique	<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Espagnol	_____

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 dans votre langue ? Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

### 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. : \_\_\_\_\_ No de fax : \_\_\_\_\_ Adresse électronique :

### 3. MOTIF DE LA PLAINTÉ

Le motif est la catégorie qui vous correspond, d'après vous ou d'après la considération d'autrui, et vous avez supposément été traité(e) différemment à cause de celle-ci.

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Race                   | <input type="checkbox"/> Handicap                | <input type="checkbox"/> Apparence physique              |
| <input type="checkbox"/> Appartenance politique | <input type="checkbox"/> Religion                | <input type="checkbox"/> Responsabilités familiales      |
| <input type="checkbox"/> Nationalité d'origine  | <input type="checkbox"/> Âge                     | <input type="checkbox"/> Identité ou expression de genre |
| <input type="checkbox"/> Sexe                   | <input type="checkbox"/> Informations génétiques | <input type="checkbox"/> Couleur de peau                 |
| <input type="checkbox"/> Orientation sexuelle   | <input type="checkbox"/> État civil              | <input type="checkbox"/> Matricule                       |

### 4. COMPÉTENCE

\*Veuillez cocher toutes les cases correspondantes :

- La violation présumée a eu lieu dans le District de Columbia.
- La violation présumée s'est produite 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. PROBLÈMES

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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Family and Medical Leave Act (loi fédérale sur les congés pour raisons familiales et médicales) | <input type="checkbox"/> Promotion ou absence de promotion | <input type="checkbox"/> Mutation  |
| <input type="checkbox"/> Représailles  | <input type="checkbox"/> Harcèlement sexuel                | <input type="checkbox"/> Environnement de travail hostile  |
| <input type="checkbox"/> Licenciement  | <input type="checkbox"/> Discipline                        | <input type="checkbox"/> Négligence d'adapter l'emploi (en raison de la religion ou d'un handicap) |
| <input type="checkbox"/> Rétrogradation  | <input type="checkbox"/> Absence d'embauche                | <input type="checkbox"/> Autre : _____   |

## 6. RENSEIGNEMENTS POUR LES EMPLOYÉS OU CANDIDATS DU GOUVERNEMENT DE DC

*Veillez remplir cette partie uniquement si vous êtes employé(e) par le gouvernement de DC.*

N.B. : Conformément au §105 du titre IV des DCMR (*Règlementations municipales du district fédéral de Columbia*), tous les employés du gouvernement du district doivent en premier lieu consulter un conseiller d'égalité d'accès à l'emploi de l'agence dans les 180 jours suite à l'acte discriminatoire présumé avant le dépôt auprès de l'Office of Human Rights (*le Bureau des droits de l'homme de Washington*), à moins que l'employé du gouvernement du District déclare être victime de discrimination illégale en conséquence d'un harcèlement sexuel. L'Office of Human Rights ne peut traiter une plainte d'un employé du gouvernement du District, actuel ou ancien, à moins que (1) l'employé ait reçu une lettre de départ du conseiller d'égalité d'accès à l'emploi de l'agence ; (2) vingt-et-un jours se soient écoulés depuis que l'affaire ait été portée à l'attention du conseiller d'égalité d'accès à l'emploi de l'agence et aucune lettre de départ n'ait été rédigée ; ou (3) l'employé déclare être victime de discrimination illégale en conséquence d'un harcèlement sexuel.

- Vous avez déposé une plainte informelle auprès d'un responsable/conseiller d'égalité d'accès à l'emploi attribué par l'agence.

Nom complet du conseiller : \_\_\_\_\_ Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Agence du conseiller : \_\_\_\_\_ Date de la lettre de départ : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du conseiller : \_\_\_\_\_

## 7. Le Family and Medical Leave Act (la loi fédérale sur les congés pour raisons familiales et médicales) du D.C.

*Veillez uniquement remplir cette partie si votre plainte se rapporte au Family and Medical Leave Act.*

\*Avez-vous été employé par la société depuis au moins un (1) an et avez-vous travaillé au moins mille (1 000) heures ?  OUI  NON

## 8. TÉMOINS

Veillez indiquer les personnes qui pourraient corroborer votre expérience et fournir des preuves pour étayer votre déclaration.

Nom complet : _____	Nom complet : _____	Nom complet : _____
Adresse électronique : _____	Adresse électronique : _____	Adresse électronique : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____	Téléphone : _____

## \*9. VOTRE PLAINTE

Veillez décrire en détail l'incident (ou les incidents) qui vous ont amené à déposer une plainte de discrimination. Veillez indiquer les dates ainsi que les noms des personnes qui ont exercé une discrimination à votre encontre en vous refusant un emploi, une promotion, une formation, etc. 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.

## 10. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA RECOMMANDATION

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> La famille, les amis ou les connaissances             | <input type="checkbox"/> Le gouvernement de DC ou le numéro de téléphone 311                             | <input type="checkbox"/> Le site Web de l'OHR ou un moteur de recherche   |
| <input type="checkbox"/> Les médias sociaux de l'OHR (Facebook, Twitter, etc.) | <input type="checkbox"/> Une publicité de l'OHR  | <input type="checkbox"/> Une brochure ou un prospectus de l'OHR   |
| <input type="checkbox"/> Un événement ou une formation                         | <input type="checkbox"/> Une affiche de l'OHR sur les droits en matière d'emploi dans le lieu de travail | <input type="checkbox"/> Equal Employment Opportunity Commission ( <i>Commission d'égalité d'accès à l'emploi</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Un reportage (imprimé, radio, TV ou Web)              | <input type="checkbox"/> Une organisation communautaire ou à but non lucratif : _____                    | <input type="checkbox"/> Un avocat ou un centre d'assistance juridique : _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Un conseiller d'égalité d'accès à l'emploi            |  |   |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____   |  |   |

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

**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 fédérale 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