



የሥራ ማመልከቻ መጠይቅ
ይህንን ቅጽ መሙላት የአድልዎ ከሰ መመሥረትን አያመለክትም
*የግድ መሞላት ያለባቸው ቦታዎች የኮከብ ምልክት ተደርጎባቸዋል

1. የከላሽ መረጃ

*ቀን:	*ስም:
------	------

*አድራሻ: _____ *ከተማ/ስቴት/ዚፕ: _____

ኢሜይል: _____ *የቤት ስልክ ቁጥር: _____ የሥራ ስልክ ቁጥር: _____	* በቋንቋዎ የዕርዳታ አገልግሎት ይፈልጋሉ? ከፊለጉ፣ በየትኛው ቋንቋ? <input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ <input type="checkbox"/> ፈረንሳይኛ <input type="checkbox"/> ቪይትናሚኛ <input type="checkbox"/> አማርኛ <input type="checkbox"/> ኮሪያኛ <input type="checkbox"/> ሊላ: <input type="checkbox"/> ቻይንኛ <input type="checkbox"/> ስፓኒሽኛ _____
--	--

በጠበቃ ተወካለው ከሆነ እባክዎ የሚከተሉትን ይሙሉ:

የጠበቃ ስም: _____ ስልክ/ፋክስ: _____
 አድራሻ: _____ ኢሜይል: _____

እባክዎ ያስታውሱ:- በጠበቃ ተወካለው ከሆነ ወይም ከቃለ መጠይቅ ቀጠሮ ቀን በፊት ጠበቃ ይዘው ከሆነ (1) ጠበቃዎ በቃለ መጠይቅ ቀጠሮዎ ቀን አብሮዎት መሆን አለበት፣ ወይም (2) ጠበቃው ቃለ መጠይቅ ያለ እሱ ውክልና መካሄድ እንደሚችል ለቢሮው ደብዳቤ በመጻፍ እንደማይቀርብ ማሳወቅ አለበት።

የተለየ አገልግሎት ይፈልጋሉ? ከሆነ ይግለጹ፣ _____

በቋንቋዎ አስተርጓሚ ይፈልጋሉ? ከፊለጉ፣ በየትኛው ቋንቋ? _____

2. የተከላሽ መረጃ

የኩባንያው ወይም የደርጅቱ ስም: _____

የዋናው አፈሰር ስምና ማዕረግ (ለምሳሌ ፕሬዥደንት፣ ባለቤት፣ የሰዎች ኃይል ማኔጀር): _____

አድራሻ: _____ ከተማ/ስቴት/ዚፕ: _____

ስልክ ቁጥር: _____ ፋክስ ቁጥር: _____ ኢሜይል: _____

3. የክሱ መነሻ

መነሻ ማለት እርስዎን የሚመለከት ወይም ይመለከትዎታል ተብሎ የሚታመንበት ሲሆን፣ በዚሁ ምክንያት ያለአግባብ ሲሰተናገዱ ነው።

***በሚከተሉት መካንያዎች (የሚመለከትዎትን ምልክት ያድርጉ) አድልዎ የደረሰበዎት ከመሰለዎት፡)**

<input type="checkbox"/> ዘር	<input type="checkbox"/> አካለ ጉዳተኝነት	<input type="checkbox"/> በሰውነት ገጽታ
<input type="checkbox"/> የፖለቲካ አቋም	<input type="checkbox"/> ኃይማኖት	<input type="checkbox"/> የቤተ ስብ ኃላፊነቶች
<input type="checkbox"/> ብሔር	<input type="checkbox"/> ዕድሜ	<input type="checkbox"/> የጾታ ማንነት ወይም አገላለጽ
<input type="checkbox"/> ጾታ	<input type="checkbox"/> የዘር ሀረግ መረጃ	<input type="checkbox"/> ቀለም
<input type="checkbox"/> የጾታ ዝንባሌ	<input type="checkbox"/> የጋብቻ ሁኔታ	<input type="checkbox"/> ትምህርት
<input type="checkbox"/> የቤተሰብ አቋም		

4. ግዛቱ

*እባክዎ የሚመለከትዎትን ሁሉ ምልክት ያድርጉ:

የተባለው ህግ መተላለፍ የተፈጸመው በኮሎምቢያ ዲስትሪክት ነው

የተባለው ህግ መተላለፍ የተፈጸመው ከዛሬ ጀምሮ ከ365 ቀናት ወይም ያነሰ ጊዜ ውስጥ ከደረሰ

እዚህ ወስጥ ከተጠቀሰው ህጋዊ ያልሆነ አድሎአዊ አሥራር በማንኛውም መልኩ ሌላ የሲቪል፣ የወንጀል ወይም የአስተዳደር ድርጊቶች አልፈጸምም።

5. ጉዳዮች

***በተለየ መንገድ ተገልግያለሁ ብለው ያመነብት ድርጊት ምን ነበር?**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> የቤተሰብና የህክምና ፈቃድ ድንጋጌ | <input type="checkbox"/> እድገት ወይም እድገት ማጣት | <input type="checkbox"/> ዝውውር |
| <input type="checkbox"/> የዐጻፋ ምላሽ | <input type="checkbox"/> ወስደዋል ትንኮሳ | <input type="checkbox"/> ተስማሚ ያልሆነ የሥራ አካባቢ |
| <input type="checkbox"/> ማግረር | <input type="checkbox"/> የቅጣት እርምጃ | <input type="checkbox"/> ግምት ውስጥ አለማስገባት (ኃይማኖት፣ አካል ጉዳተኝነት) |
| <input type="checkbox"/> ከነበረው የሥራ ኃላፊነት ዝቅ ማድረግ | <input type="checkbox"/> አለመቅጠር | <input type="checkbox"/> ሌላ: _____ |

6. ለዲ.ሲ. የመንግሥት ሠራተኞች ወይም አመልካቾች

የዲ.ሲ. የመንግሥት ሠራተኛ ከሆኑ ብቻ ይሙሉ።

እባክዎ ያስታውሱ: በ §105 of DCMR ድንጋጌ IV መሠረት የድስትሪክት ሠራተኛ ህጋዊ ያልሆነ ጾታዊ ጥቃት ወይም ትንኮሳ ደርሶብኛል ብሎ ካላለ በስተቀር ሁሉም የዲስትሪክት የመንግሥት ሠራተኛ ለሰብዓዊ መብቶች ቢሮ ቅሬታ ከማቅረቡ በፊት ድርጊቱ ከተፈጸመ ዕለት አንስቶ በ180 ቀን ውስጥ መጀመሪያ እኩል የሥራ ዕድል ኤጀንሲን (EEO) ማግከር አለባቸው። የሚከተሉት ካልሆኑ በስተቀር የሰብዓዊ መብቶች ቢሮ የቀድሞ ወይም የአሁን የዲስትሪክት የመንግሥት ሠራተኞችን ቅሬታ እያስተናግድም: (1) ሠራተኛው ከ EEO አማካሪ የመልቀቂያ ደብዳቤ ካለው፣ (2) ጉዳዩን ኤጀንሲው እንዲያውቀው ተደርጎ 21 ቀናት ካለፉና የመልቀቂያ ደብዳቤ ካልተሰጠ ወይም (3) ሠራተኛው ጾታዊ ትንኮሳን መሠረት ያደረገ ክስ ካቀረበ።

መደበኛ ያልሆነ አቤቱታ ለEEO ባለሥልጣን/አማካሪ ካቀረቡ።

የአማካሪው ስም: _____ የቀረበበት ቀን: _____
 የአማካሪው አኤጀንሲ: _____ የመልቀቂያ ደብዳቤ የተጻፈበት ቀን: _____
 የአማካሪው ስልክ ቁጥር: _____

7. የዲ.ሲ. የቤተሰብ እና የህክምና ፈቃድ ድንጋጌ

አቤቱታዎ ከቤተሰብ እና የህክምና ፈቃድ ድንጋጌ ጋር የተያያዘ ከሆነ ይህንን ክፍል ይሙሉ።

***በድርጅቱ ውስጥ ቢያንስ ለአንድ (1) ዓመት ተቀጥረዋል እና ቢያንስ አንድ ሺ ሰዓቶች ሠርተዋል? አዎ የለም**

8. ምስክሮች

እርስዎን በመደገፍ የደረሰብዎትን ማረጋገጥና መረጃዎች ይሰጣል ብለው የሚያምኑትን ስው ዝርዝር ይሰጡ።

ስም: _____	ስም: _____	ስም: _____
ኢሜይል: _____	ኢሜይል: _____	ኢሜይል: _____
ስልክ: _____	ስልክ: _____	ስልክ: _____

***9. የእርስዎ ክስ**

የአድልዎ ክስ እንዲመሠርቱ የገፋፋዎትን ሁኔታ (ዎች) ይግለጹ። አድልዎ የደረሰብዎትን ቀናትና የትምህርት አግልግሎት እንዳይገኙ አድልዎ ያደርሱብዎትን ስው (ዎች) ስም (ዎች) ይዘርዝሩ። ክሱ የተመሠረተው በአካል ጉዳት ላይ ከሆነ፣ እባክዎ ልዩ አግልግሎት ጠይቀው እንደሆነ፣ የተጠየቀው ሰው እና ስለ ሁኔታዎ ለተከላከሉ የተገረበትን ቀን ይጥቀሱ።

10. የላኪ መረጃ

ስለ ዲ.ሲ. የሰዎች መብቶች ቢሮ እንዴት ሰሙ (የሚመለከትዎትን ሁሉ ምልክት ያድርጉ)?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ቤተ ሰብ፣ ጓደኛ ወይም የሚያውቁት ሰው | <input type="checkbox"/> የዲ.ሲ. መንግሥት ወይም 311 የስልክ መስመር | <input type="checkbox"/> ድህረ ግጽ ወይም ሰርቸ ኢንጅን |
| <input type="checkbox"/> OHR ሰሻል ሚድያ (ፌስቡክ፣ ትዊተር፣ ወዘተ.) | <input type="checkbox"/> የOHR ማስታወቂያ | <input type="checkbox"/> የOHR ብሮሹር ወይም በራሪ ወረቀቶች |
| <input type="checkbox"/> ዝግጅት ወይም ሥልጠና | <input type="checkbox"/> በሥራ ቦታ የሠራተኞች መብት ምልክት | <input type="checkbox"/> የእኩል ሥራ ዕድል ኮሚሽን |
| <input type="checkbox"/> ዜናዎች (ህትመት፣ ሬድዮ፣ ቲቪ ወይም ድህረ ገጽ) | <input type="checkbox"/> የህብረተሰብ ድርጅት ወይም ያለትርፍ የሚሠራ ድርጅት | <input type="checkbox"/> ጠበቃ ወይም የህግ እርዳታ ክሊኒክ |
| <input type="checkbox"/> የEEO አማካሪ | | |
| <input type="checkbox"/> ሌላ: _____ | | |

ይህንን ቅጽ መሙላት የአድልዎ ክስ መመሥረትን አያመለክትም

እባክዎ ይህንን ቅጽ በፖስታ ወይም በአካል ለሚቀጥለው ይላኩ: 441 4th Street NW, Suite 570N, Washington DC, 20001.

የዲ.ሲ. የሰብዓዊ መብቶች ቢሮ (OHR) የተመሠረተው በኮሎምቢያ ዲስትሪክት ለሚኖሩ፣ ለሚሠሩ ወይም ለሚገቡ ሰዎች አድልዎን ለማጥፋት፣ የእኩልነት መብቶችን ለማስፋፋትና መብታቸውን ለማስጠበቅ ነው። ይህ የክስ ቅጽ ሰብዓዊ መብቶች ቢሮ ከደረሰ በኋላ ቃለ መጠይቅ ይደረጋል።

***የከላኛ ፊርማ**

***ቀን**