

QUESTIONNAIRE D'ACCUEIL POUR UN ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

LE FAIT DE REMPLIR CE FORMULAIRE NE CONSTITUE PAS UN DÉPÔT DE PLAINE 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 :		Anglais	Français
N° de téléphone professionnel :		Amharique	Coréen
		Chinois	Vietnamien
			Autre : _____

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 reprenez 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. :	N° de fax :	Adresse électronique :

3. MOTIF DE LA PLAINE

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) pertinente(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	Source de revenus

4. COMPÉTENCE

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

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, en raison de la même pratique discriminatoire illégale décrite dans la présente.

5. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

*Dans quel domaine estimez-vous avoir subi un traitement différent ?

Les conditions générales La participation au programme	L'admission ou les frais d'admission Le programme d'études	Le refus de service Autre : _____	La négligence d'adapter le service (en raison de la religion ou d'un handicap)
--	--	--------------------------------------	--

*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? (dans quelle mesure est-elle protégée? Voir la rubrique 3 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(e) et sa réponse :

*6. VOTRE PLAINTÉ

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, le *Bureau des droits de l'homme de Washington* (veuillez cocher les cases pertinentes)?

La famille, les amis ou les connaissances Les médias sociaux de l'OHR (Facebook, Twitter, etc.) Un reportage (imprimé, radio, TV ou Web) Un avocat ou un centre d'assistance judiciaire : _____ Autre : _____	Le gouvernement de DC ou le numéro de téléphone 311 Une publicité de l'OHR Un membre du personnel d'école ou d'université 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 fournisseur de prêt Un évènement ou une formation
---	---	--

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 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) plaignante(e) éventuel(le)

*Date