

أكمل هذا النموذج إذا كنت ترغب في تقديم شكوى بشأن:

خدمة العملاء — إذا كنت تعتقد أنك تلقيت خدمة عملاء سيئة من موظفي التأهيل المهني.

حماية المعلومات الخاصة — إذا كنت تعتقد أن معلوماتك الشخصية قد تم تقديمها إلى شخص آخر أو مؤسسة أخرى بدون إذنك.

التمييز — إذا كنت تعتقد أن التأهيل المهني لم يقدم الإعانات والخدمات على قدم المساواة بسبب العمر أو العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو الجنس أو الهوية الجنسية أو الدين أو التوجه الجنسي أو أي حالة محمية أخرى.

يمكنك تقديم شكوى باستخدام هذا النموذج خلال **60 يومًا** من وقوع الحادث.

هل تحتاج إلى المساعدة؟

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى المساعدة في إكمال النموذج، فيمكنك الاتصال بأي مما يلي:

مكتب التأهيل المهني المحلي الخاص بك

[ابحث عن مكتبك على موقعنا الإلكتروني](#)



منسق حل المنازعات التابع للتأهيل المهني

البريد الإلكتروني: VR.Resolution@odhsoha.oregon.gov

الهاتف: 503-945-6253

مكتب حاكم الولاية للمناصرة

البريد الإلكتروني: ohso.info@odhsoha.oregon.gov

الموقع الإلكتروني: <https://www.oregon.gov/DHS/aboutdhs/pages/gao.aspx>

هاتف: 800-442-5238

برنامج مساعدة العميل (CAP)

يقدم برنامج مساعدة العميل التابع لولاية أوريغون مساعدة قانونية مجانية للأشخاص الذين يواجهون مشكلات في التأهيل المهني. إنه برنامج خاص بحقوق ذوي الإعاقة في ولاية أوريغون، وهو منفصل عن التأهيل المهني.

الهاتف: 503-243-2081

رقم الهاتف المجاني: 800-452-1694

TTY: اطلب الرقم 711

البريد الإلكتروني: welcome@droregon.org

الموقع الإلكتروني: www.droregon.org/request-help

إدارة الخدمات الإنسانية التابعة لولاية أوريغون، خدمة عملاء التأهيل المهني وتوقعات الخصوصية

تُعد خدمة العملاء الجيدة أمرًا مهمًا للتأهيل المهني. يحق لك:

- تلقي معاملة تتسم بالإنصاف والاحترام
- الحصول على معلومات صحيحة وكاملة
- تلقي شرح عن برامج إدارة الخدمات الإنسانية التابعة لولاية أوريغون والإعانات التي يحق لك الحصول عليها
- الرد على مكالماتك خلال يوم عمل أو يومين عمل
- معالجة إعاناتك أو تغييراتك في وقت معقول
- الحفاظ على سرية معلوماتك الصحية والشخصية

كيفية تقديم هذا النموذج

يمكن إرسال النموذج المكمل إلى أي مكتب للتأهيل المهني عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني أو الفاكس.

البريد:

Oregon Vocational Rehabilitation Dispute Resolution Coordinator
500 Summer Street NE E-87
Salem, Oregon 97301-1120

البريد الإلكتروني: VR.Resolution@odhsoha.oregon.gov

الفاكس: 503-947-5025

معلومات حول الشكوى

يُرجى تحديد سبب شكواك (ضع علامة على كل ما ينطبق)

- لم أحصل على خدمة عملاء جيدة.
- أعتقد أنه لم يتم الحفاظ على سرية معلوماتي الشخصية.
- أعتقد أنني تعرضت للتمييز.

إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز، فضع علامة على جميع الفئات المحمية المنطبقة:

- العمر 18 عامًا أو أكثر
- العرق
- الأصل القومي
- اللون
- الإعاقة
- الهوية الجنسية
- الدين
- إجادة محدودة للغة الإنجليزية
- الجنس
- التوجه الجنسي
- الحالة الاجتماعية

من أجل من تُقدّم الشكوى؟

هل تقدم هذه الشكوى من أجل نفسك؟

من أجل نفسي

لا، أنا أتقدم بشكوى من أجل شخص آخر

يُرجى تقديم الاسم الأول واسم العائلة للشخص مقدم الشكوى:

معلومات الاتصال

ما رقم تعريف حالتك (ID) أو تاريخ ميلادك:

الهاتف أو الهاتف النصي (TTY) أو رقم هاتف يمكننا الوصول إليك من خلاله (أو اكتب "لا يوجد هاتف"):

عنوان البريد الإلكتروني (أو اكتب "لا يوجد بريد إلكتروني"):

العنوان البريدي أو قَدَم عنوانًا يمكننا إرسال البريد إليك من خلاله (أو اكتب "لا يوجد عنوان"):

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي (أو اكتب "لا يوجد رمز بريدي"):

ما أفضل طريقة للاتصال بك؟

معلومات الاتصال بممثلي (اختياري)

يجب إكمال هذا القسم فقط إذا كان هناك شخص يساعدك في هذه العملية.

الاسم الأول للممثل واسم عائلته:

ما أفضل طريقة للاتصال بالممثل بشأن هذه الشكوى؟

تفاصيل حول الشكوى

من كان له صلة بالأمر؟

متى وقعت الحادثة؟ أصف التاريخ والوقت

مكان الشكوى. أين وقعت الحادثة؟ (المدينة، عنوان المبنى،... إلخ.)

في أي فرع أو مكتب للتأهيل المهني تم تقديم شكواك؟

يُرجى إخبارنا عن شكواك.

كيف تريد أن يقوم التأهيل المهني بحل هذه المشكلة أو إصلاحها؟ ما الاقتراحات التي لديك؟

طلب التعديلات (اختياري)

هل تحتاج إلى تعديلات معقولة؟ ضع علامة على أي شيء تحتاج إليه

قارئ

ما اللغة؟

مترجم فوري للغة

مترجم لغة الإشارة الأمريكية

غير ذلك

تاريخ اليوم:

ماذا يحدث بعد أن تقدم هذا النموذج؟

أولاً، تتم مراجعة النموذج من قبل منسق حل المنازعات.

سيقوم منسق حل المنازعات بما يلي:

- الاتصال بالفرد بالطريقة التي يفضلها لإعلامه باستلام الشكوى.
- إخبار الفرد بموعد مراجعة الشكوى، وتذكيره بأنه قد يتم الاتصال به لمناقشة الحل.
- الاستعداد لتلقي أي مستجدات حول الشكوى والتقدم المحرز فيها.

الاتصال الفيدرالي بشأن قضايا التمييز أو الخصوصية

يمكنك أيضًا تقديم شكاوى حول انتهاكات الخصوصية أو التمييز (إذا كنت تزعم بأن التأهيل المهني لم يقدم الخدمات على قدم المساواة بسبب عمرك أو عرقك أو لونك أو أصلك القومي أو جنسك أو دينك أو إعاقتك) إلى وزارة التعليم الأمريكية. لا يؤدي تقديم شكوى بشأن التأهيل المهني بولاية أوريغون إلى عمل شكوى فيدرالية لدى وزارة التعليم الأمريكية. يجب تقديم الشكاوى إلى وزارة التعليم الأمريكية خلال 180 يومًا من وقوع الحادث.

U.S. Department of Education, Office of Civil Rights - Headquarters

400 Maryland Avenue, SW, Washington, DC 20202-1100

رقم الخط الساخن لخدمة العملاء: (800) 421-3481

الفاكس: (202) 245-8392

رقم الهاتف النصي (TTY): (800) 877-8339

البريد الإلكتروني: OCR@ed.gov

الويب: <http://www.ed.gov/ocr>

التوقيع

بالتوقيع على هذا النموذج، فإنك توافق على السماح للتأهيل المهني بولاية أوريغون بتقديم معلومات عنك إلى الشخص الذي يرأس التحقيق بشأن هذه الشكاوى.

مقدم الطلب أو المشارك:

الوصي (إن وجد):

الممثل:

آخر (صِف صلته بك)

تاريخ الاستلام:

لاستخدام التأهيل المهني بولاية أوريغون

فقط

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر مجانًا. اتصل بالتأهيل المهني على vr.info@odhsosha.oregon.gov أو بالرقم 503-945-5880 (صوت/نص). نقبل جميع مكالمات الترحيل.