

FORM NG REKLAMO NG DISKRIMINASYON

SANTA CLARA COUNTY – EQUAL OPPORTUNITY DIVISION (DIBISYON SA PANTAY-PANTAY NA PAGKAKATAON)

Ukol sa iyong pribado at kumpidensyal na reklamo at impormasyon: Hindi magagarantiya ng County ng Santa Clara na mananatiling kumpidensyal ang mga reklamo pagkatapos magsimula ng imbestigasyon dahil napapasailalim ang mga rekord ng Equal Opportunity Division (EOD) sa subpoena at posibleng discovery (pagtuklas) kung mapunta sa paglilitis ang isang kaso, at maaaring rin i-subpoena ng Equal Employment Opportunity Commission (EEOC), isang pederal na ahensya, o ng California Department of Fair Employment and Housing (DFEH, o Departamento ng Makatarungang Trabaho at Pabahay ng California); gayunpaman, magsasagawa ng mga naaangkop na hakbang ang aming tanggapan para limitahan ang pagbunyag at panatilihin ang pagiging kumpidensyal ng mga reklamo at ng mga kabilang sa proseso ng reklamo.

PANGALAN ng NAGREREKLAMO _____ Empleado Aplikante Kliyente/Pasyente

Posisyon sa Trabaho _____ Tagal sa County _____ Email _____

Lokasyon ng Trabaho _____ Departamento _____

ID Number ng Empleado _____ Supervisor _____

Pinipiling paraan ng pakikipag-ugnayan (Email sa Trabaho o Tahanan, Telepono sa Trabaho o Tahanan/Cell Phone): _____

Address ng Tahanan: _____

Telepono: Trabaho _____ Tahanan _____ Cell _____

NANINIWALA AKO na ako ay nakaranas ng diskriminasyon/harassment DAHIL SA AKING AKTUAL O HINIHALANG:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Edad (40 o higit pa) | <input type="checkbox"/> Kondisyong medikal | <input type="checkbox"/> Lahi |
| <input type="checkbox"/> Ninuno | <input type="checkbox"/> Katangiang Genetika | <input type="checkbox"/> Paghihiganti* |
| <input type="checkbox"/> Kulay | <input type="checkbox"/> Bansang Pinagmulan | <input type="checkbox"/> Pinaniniwalang Relihiyon |
| <input type="checkbox"/> Kultura | <input type="checkbox"/> Pagkakakilanlan / Pagpapahayag sa Kasarian | <input type="checkbox"/> Kasarian / Gender |
| <input type="checkbox"/> Kapansanan | <input type="checkbox"/> Paniniwalang Pulitikal | <input type="checkbox"/> Sekswal na Pangha-harass |
| <input type="checkbox"/> Pagbubuntis | <input type="checkbox"/> Oryentasyong Sekswal | <input type="checkbox"/> Organisasyong kinauugnayan |
| <input type="checkbox"/> Katayuan sa Pagpapakasal | <input type="checkbox"/> Katayuan sa Militar / bilang Beterano | <input type="checkbox"/> Pagliban para sa Pangangalaga sa Pamilya o Medikal na Dahilan |

Kaugnayan sa sinumang indibidwal sa alinman sa mga grupo sa itaas

***Kung nilagyan mo ng tsek ang Paghihiganti, paki-tsek kung anong protektadong aktibidad ang iyong dating ginawa:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Naghain ako ng dating Reklamo sa Diskriminasyon | <input type="checkbox"/> Nakilahok ako sa Imbestigasyon ng Diskriminasyon |
| <input type="checkbox"/> Pagliban para sa Pangangalaga sa Pamilya o Medikal na Dahilan | <input type="checkbox"/> Makatuwirang Akomodasyon |

(MGA) PARATANG LABAN KAY: _____ Posisyon sa Trabaho _____

Telepono: Trabaho _____ Cell _____
Departamento _____

Lokasyon ng Trabaho _____

Supervisor _____ Direktor ng Departamento _____

Bilang resulta ng kategorya (kahon) na na-tsek sa itaas, ginawa ang mga sumusunod na aksyon laban sa akin. Pakilista ang PETA, LOKASYON, MGA DETALYE ng INSIDENTE: (Kailan, Saan, Ano, Paano, Dalas, Mga saksi, Kanino mo sinabi, atbp.) Maglakip ng mga karagdagang pahina kung kinakailangan.

REMEDYONG NAIS NG NAGREREKLAMO:

Kung kwalipikado, interesado ka ba sa proseso ng pagresolba ng alitan?

Oo Hindi Maaari, kapag mas may maraming impormasyon ako.

Pirma ng Nagrereklamo _____ Petsa _____

Isumite ang Nakumpletong Form sa:

Equal Opportunity Division
70 West Hedding Street, East Wing, 9th Floor
San Jose, CA 95110
(EOD mail to 9th floor; office location on 3rd floor)
Telepono: (408) 993-4840 Fax: (408) 993-4849
Email: EOD@eod.sccgov.org