

نموذج الاستفسارات والشكاوى في مكان العمل

تعتبر إدارة حماية المستهلك والعامل (DCWP) هي المورد المركزي بمدينة نيويورك المخصص للعاملين. ونحن نحقق في الشكاوى المتعلقة بقوانين مدينة نيويورك التي تتولى تطبيقها، وبالنسبة للمشاكل الأخرى بأماكن العمل، فإننا نقوم بتوصيل العاملين بالوكالات الحكومية المعنية ومقدمي الخدمات القانونية والموارد الأخرى للمساعدة والخدمات المهمة.

لتقديم شكوى أو لطلب إحالة، يُرجى إكمال هذا النموذج وسيقوم أحد ممثلي OLPS بالتواصل معك. يمكنك تقديم هذا النموذج بأي من الطرق التالية:

- أرسله عبر البريد الإلكتروني إلى OLPS@dcwp.nyc.gov
- أرسله عن طريق البريد إلى العنوان أعلاه.

يمكنك تقديم أي مستندات تتعلق بشكواك أو سؤالك مع هذا النموذج.

عنايتك			
ضع علامة على أحد الخيارات التالية:		الوظيفة:	
<input type="checkbox"/> موظف/ عامل <input type="checkbox"/> صاحب عمل/ طرف توظيف			
اللغة الأولى المُتحدثة:		اسم العائلة:	
الاسم الأول:		رقم الهاتف:	
عنوان البريد الإلكتروني:		عنوان الشارع:	
المدينة:			
الولاية:	الرمز البريدي:	المنطقة الإدارية:	
هل خدم أي فرد في أسرتك المعيشية في الجيش أو يخدم فيه حاليًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا وضعت علامة أمام "نعم"، فاختر أي إجابة منطبقة.			
<input type="checkbox"/> مقدم الشكاوى نفسه	<input type="checkbox"/> الزوج/الشريك	<input type="checkbox"/> الطفل	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى الشرح):
<input type="checkbox"/> القوات المسلحة بالولايات المتحدة	<input type="checkbox"/> الحرس الوطني	<input type="checkbox"/> قوات الاحتياط	

حول صاحب العمل/ العمل التجاري			
اسم الشركة:		المجال:	
اسم المدير:		عنوان البريد الإلكتروني:	
عنوان الشارع:		رقم الهاتف:	
المدينة:			
الولاية:	الرمز البريدي:	المنطقة الإدارية:	

