



لجنة حقوق الإنسان في ولاية ماين

51 ستايت هاوس ستيشن - أوغوستا، ME 04333

الهاتف 6290-624 (207) ■ فاكس 8729-624 (207) ■ TTY: ماين ريلاي 711

www.maine.gov/mhrc

CHARGE FRAMER:
NOT DOCKETABLE
DATE:

نموذج إدخال التمييز في السكن

معلومات الإتصال الخاصة بك			
الإسم الأول:	الإسم الأوسط:	اللقب:	التاريخ:
العنوان البريدي:	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
هاتف المنزل:	الهاتف الجوال:	هاتف العمل:	عنوان البريد الإلكتروني:
سرد كافة الأعضاء الآخرين من أفراد أسرتك:			
1. الإسم:	1. الإسم:	4. الإسم:	4. الإسم:
2. الإسم:	2. الإسم:	5. الإسم:	5. الإسم:
3. الإسم:	3. الإسم:	6. الإسم:	6. الإسم:
اسم قريب أو صديق أو جار في المنطقة المحلية يعرف كيفية الوصول إليك.			
الإسم الأول:	اللقب:	العلاقة:	رقم الهاتف:
العنوان البريدي:	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
أعتقد أنني قد تعرضت للتمييز في السكن بناءً على:			
<input type="checkbox"/> إذا قمت بتحديد الأطفال القصر، أجب عن التالي: أنا: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> الوالد <input type="checkbox"/> الوصي القانوني: لقد كتبت تصريحاً من الوالد أو الوصي القانوني <input type="checkbox"/> أنا قيد عملية الحصول على الحصانة القانونية 		<input type="checkbox"/> اللون (حدد: _____) <input type="checkbox"/> الأطفال القصر (يرجى ملء بيانات المربع الموجود على الجهة اليمنى) <input type="checkbox"/> الإعاقة العقلية (حدد نوعها: _____) <input type="checkbox"/> الموطن/النسب (حدد: _____) <input type="checkbox"/> الإعاقة الجسدية (حدد نوعها: _____) <input type="checkbox"/> العرق (حدد: _____) <input type="checkbox"/> تلقي المساعدات العامة (حدد نوعها: _____) <input type="checkbox"/> الدين (حدد: _____)	
<input type="checkbox"/> الإنتقام		<input type="checkbox"/> الجنس (وهذا يتضمن التحرش الجنسي)	
<input type="checkbox"/> التوجه الجنسي (حدد الجنس) (حدد: _____)		<input type="checkbox"/> الدين (حدد: _____)	
العقار المعني يقع في:			
العنوان البريدي:		الولاية:	
المدينة:		الرمز البريدي:	
إسم المجمع السكني:			
قيمة الإيجار \$		نوع السكن المعني: <input type="checkbox"/> شقة (لو كانت الإجابة نعم، كم عدد الوحدات في المبنى؟ _____) <input type="checkbox"/> مسكن عائلة واحدة <input type="checkbox"/> حديقة منزل متنقل <input type="checkbox"/> يشغله الملاك	
عدد دورات المياه: \$		عدد الغرف الأخرى بغسّثناء غرف النوم: _____	
عدد دورات المياه: \$		قيمة التأمين: _____	
شامل المرافق <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
كيف عرفت أن لجنة حقوق الإنسان في ولاية ماين تتناول شكاوى التمييز في السكن؟			
الأشخاص/الشركات التي قامت بالتمييز ضدي/هم/هي:			
1	الإسم:	هاتف المنزل:	هاتف العمل:
	العنوان البريدي:	المدينة:	الولاية:
	الرمز البريدي:	المقاطعة:	مالك <input type="checkbox"/> مدير <input type="checkbox"/> جار <input type="checkbox"/> وسيط <input type="checkbox"/> آخر: _____
2	الإسم:	هاتف المنزل:	هاتف العمل:
	العنوان البريدي:	المدينة:	الولاية:
	الرمز البريدي:	المقاطعة:	مالك <input type="checkbox"/> مدير <input type="checkbox"/> جار <input type="checkbox"/> وسيط <input type="checkbox"/> آخر: _____
3	الإسم:	هاتف المنزل:	هاتف العمل:
	العنوان البريدي:	المدينة:	الولاية:
	الرمز البريدي:	المقاطعة:	مالك <input type="checkbox"/> مدير <input type="checkbox"/> جار <input type="checkbox"/> وسيط <input type="checkbox"/> آخر: _____
أقرب تاريخ للتمييز		آخر تاريخ للتمييز	
هل التمييز مستمر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل التمييز مستمر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
نوع التمييز المعني:		إشعار بالإخلاء <input type="checkbox"/> طرد <input type="checkbox"/> رفض إستئجار <input type="checkbox"/> تحرش <input type="checkbox"/> إعلانات أو تصريحات تمييزية <input type="checkbox"/>	
التعديلات المعقولة		أحكام وشروط تمييزية في: <input type="checkbox"/> الطلب / <input type="checkbox"/> الإشغال	
هل ترغب في الحصول أو الحفاظ على الوحدة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل لديك المال لدفع الإيجار ومبلغ التأمين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
دخلك الشهري: _____ دولار			
توقيع صاحب الشكوى:		التاريخ:	

لمساعدتنا على فهم تفاصيل وضعك، يرجى تقديم وصف موجز للأسباب التي تجعلك تعتقد أنك قد تعرضت للتمييز. استخدم قسم التعليق على ظهر الورقة أو ورقة إضافية لو لزم الأمر.

تعليمات استبيان الإدخال في الصفحة التالية

تعليمات نموذج الإدخال

قم ملء نموذج الإدخال قدر الإمكان. استخدم منطقة التعليق لشرح ما حدث لك بالضبط. كن محدداً مع جميع الأسماء و التواريخ.

**Mail to: MAINE HUMAN RIGHTS COMMISSION
#51 STATE HOUSE STATION
AUGUSTA, ME 04333**

يرجى إرسال هذا النموذج إلى:
**لجنة حقوق الإنسان في ولاية ماين
51 ستايت هاوس ستيشن
ME 04333 أوغوستا**

ملاحظة : إكمال ملء استبيان الإدخال هذا لا يعني بالضرورة أنه قد تم تقديم شكوى من التمييز.

بعد استلامنا المعلومات التي تقدمها، يقوم موظف الإدخال إما بكتابة شكوى من التمييز و إرسالها لك لمراجعتها وتوقيعها، أو إذا لم تكن المعلومات كافية لصياغة الشكوى، يقوم بالإتصال بك لمناقشة الادعاءات الخاصة بك أكثر من ذلك.

يتم رفع شكوى التمييز لدى لجنة حقوق الإنسان في ولاية ماين عندما تتلقى اللجنة نموذج شكوى موقع. يجب إستلام الشكاوى من قبل اللجنة في غضون ثلاثة مائة (300) يوم من تاريخ فعل التمييز المزعوم.

لا يعد كل تمييز غير قانونياً! قانون حقوق الإنسان في ولاية ماين يجعل من غير القانوني التمييز في المجالات التالية وذلك للأسباب التالية:

مجالات التقاضي

أساس التقاضي	السكن	العمل	دخول الأماكن العامة	المعاملات الإئتمانية	التعليم
السن	N/A	X	N/A	X	N/A
النسب	X	X	X	X	N/A
الأولاد (إقامة فقط)	N/A	N/A	X	N/A	N/A
اللون	X	X	X	X	N/A
الحالة العائلية	X	N/A	N/A	N/A	N/A
المعلومات الوراثية	N/A	X	N/A	N/A	N/A
الحالة الإجتماعية	N/A	N/A	N/A	X	N/A
الإعاقة العقلية	X	X	X	N/A	X
الموطن	X	X	X	X	X
الإعاقة الجسدية	X	X	X	N/A	X
العرق	X	X	X	X	X
تلقى المساعدات العامة	X	N/A	N/A	N/A	N/A
الدين	X	X	X	X	N/A
الجنس	X	X	X	X	X
التوجه الجنسي	X	X	X	X	X
إنتقام المبلغين	N/A	X	N/A	N/A	N/A
إنتقام تعويض العمال	N/A	X	N/A	N/A	N/A

الإنتقام: إن قانون حقوق الإنسان في ولاية ماين يحظر الانتقام من أي فرد يعارض أي ممارسة من شأنها أن تكون انتهاكاً للقانون، أو لأن الفرد قد تقدم بشكوى، أو شهد أو ساعد بأي شكل من الأشكال في أي تحقيق، أو إجراء أو جلسة استماع بموجب القانون .

لمزيد من المعلومات عن قانون حقوق الإنسان في ولاية ماين يرجى زيارتنا على الموقع التالي: www.maine.gov/mhrc



لجنة حقوق الإنسان في ولاية ماين

51 ستايت هاوس ستيشن - أوغوستا، ME 04333

الهاتف 624-6290 (207) ■ فاكس 624-8729 (207) ■ TTY: ماين ريلاي 711

www.maine.gov/mhrc

استبيان التمييز في السكن بسبب الإعاقة

أ. هل أنت أو الشخص الذي تقوم بمساعدته أو مرتبط به لديه:	
1.	عجز بدني أو عقلي يحد بشكل كبير من أحد نشاطات الحياة اليومية، مثل الرؤية، السمع، التحدث، رعاية الذات أو العمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2.	هل هناك سجل أو تاريخ لوجود إعاقة جسدية أو عقلية مما يحد من أحد أنشطة الحياة الرئيسية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3.	هل الشخص يعاني من إعاقة، حتى لو لم تؤثر على أنشطة الحياة اليومية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ب. معرفة المقدم عن الإعاقة	
1.	هل تعتقد أن مقدم الخدمة السكنية أو الشخص أو المؤسسة التي تعتقد بأنها قامت بالتمييز ضدك على علم بإعاقتك، أو يعتقدون أنك تعاني من إعاقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ج. عاملة المتباينة / التمييز متباين الأثر	
1.	هل تعتقد أن مقدم مقدم الخدمة السكنية قد عاملك بشكل يختلف عن أشخاص آخرين لا يعانون من الإعاقة؟ كيف؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2.	هل تعتقد أن مقدم مقدم الخدمة السكنية قد عاملك بنفس الطريقة التي يعامل بها الآخرون، ولكن هذه المعاملة تركت أثراً سيئاً عندك كشخص يعاني من إعاقة؟ كيف؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
د. التعديلات المعقولة	
1.	هل طلبت من مقدم الخدمة السكنية تغيير السياسات أو الممارسات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2.	هل طلبت من مقدم الخدمة السكنية السماح لك بتعديل الوحدة؟ ما هي التغييرات/التعديلات التي طلبتها؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3.	هل التغييرات / التعديلات التي طلبتها سوف تفيدك في السكن؟ هل طلبتها كتابياً أو شفهيًا؟ <input type="checkbox"/> كتابياً <input type="checkbox"/> شفهيًا
4.	هل طلبتها كتابياً أو شفهيًا؟ إذا كنت لم تقدم طلباً، كيف تعتقد أن مقدم الخدمة السكنية على علم بحاجتك إلى التعديل؟
5.	هل التغييرات / التعديلات التي طلبتها سوف تفيدك في السكن؟ هل طلبتها كتابياً أو شفهيًا؟ <input type="checkbox"/> كتابياً <input type="checkbox"/> شفهيًا
6.	هل طلبتها كتابياً أو شفهيًا؟ إذا كنت لم تقدم طلباً، كيف تعتقد أن مقدم الخدمة السكنية على علم بحاجتك إلى التعديل؟
7.	هل قام مقدم الخدمة السكنية بإنكار أو تأخير أو تجاهل طلبك للحصول على تعديلات؟ ما كان رد مقدم الخدمة السكنية على طلبك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
8.	إذا لم يتم مقدم مقدم الخدمة السكنية أو رفض القيام بالتعديلات، ما هو السبب الذي أبداه؟

تعليمات نموذج الإدخال

قم ملء نموذج الإدخال قدر الإمكان. استخدم منطقة التعليق لشرح ما حدث لك بالضبط. كن محدداً مع جميع الأسماء و التواريخ.

ملاحظة : إكمال ملء استبيان الإدخال هذا لا يعني بالضرورة أنه قد تم تقديم شكوى من التمييز. بعد استلامنا المعلومات التي تقدمها، يقوم موظف الإدخال إما بكتابة شكوى من التمييز و إرسالها لك لمراجعتها وتوقيعها، أو إذا لم تكن المعلومات كافية لصياغة الشكوى، يقوم بالاتصال بك لمناقشة الادعاءات الخاصة بك أكثر من ذلك.

تودع شكوى تمييز مثالية لدى لجنة حقوق الإنسان في ولاية ماين عندما تتلقى اللجنة نموذج شكوى موقع. يجب إستلام الشكاوى من قبل اللجنة في غضون ثلاثة مائة (300) يوم من تاريخ فعل التمييز المزعوم.

لا يعد كل تمييز غير قانونياً. قانون حقوق الإنسان في ولاية ماين يجعل من غير القانوني التمييز في المجالات التالية وذلك للأسباب التالية:

مجالات التفاضل

أساس التفاضل	السكن	العمل	دخول الأماكن العامة	المعاملات الإئتمانية	التعليم
السن	N/A	X	N/A	X	N/A
النسب	X	X	X	X	N/A
الأولاد (إقامة فقط)	N/A	N/A	X	N/A	N/A
اللون	X	X	X	X	N/A
الحالة العائلية	X	N/A	N/A	N/A	N/A
المعلومات الوراثية	N/A	X	N/A	N/A	N/A
الحالة الإجتماعية	N/A	N/A	N/A	X	N/A
الإعاقة العقلية	X	X	X	N/A	X
الموطن	X	X	X	X	X
الإعاقة الجسدية	X	X	X	N/A	X
العرق	X	X	X	X	X
تلقى المساعدات العامة	X	N/A	N/A	N/A	N/A
الدين	X	X	X	X	N/A
الجنس	X	X	X	X	X
التوجه الجنسي	X	X	X	X	X
إنتقام المبلغين	N/A	X	N/A	N/A	N/A
إنتقام تعويض العمال	N/A	X	N/A	N/A	N/A

الإنتقام: إن قانون حقوق الإنسان في ولاية ماين يحظر الانتقام من أي فرد يعارض أي ممارسة من شأنها أن تكون انتهاكاً للقانون، أو لأن الفرد قد تقدم بشكوى، أو شهد أو ساعد بأي شكل من الأشكال في أي تحقيق، أو إجراء أو جلسة استماع بموجب القانون.

* ملاحظة: التحرش الجنسي هو شكل من أشكال التمييز على أساس الجنس.

** ملاحظة: استلام المساعدات العامة يعني أي حالة مثل الإستفادة من المساعدة العامة التي تقدمها الدولة، الولاية أو المقاطعة.