

ハワイ州
福祉サービス局

差別申立てフォーム

名前 _____ ソーシャルセキュリティ番号, _____ 電話番号 _____ 電話番号 _____
(下4桁のみ) (会社) (自宅)

住所 _____ 市・州 _____ 郵便番号 _____

勤務先 (課/室), 当てはまる場合 _____

1. 職務名, 当てはまる場合 _____
2. 差別申立ての根拠 (当てはまる項目を選択して下さい)

<input type="checkbox"/> 人種	<input type="checkbox"/> 出身国・先祖	<input type="checkbox"/> 報復行為
<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 母乳哺育	<input type="checkbox"/> 結婚歴
<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 逮捕歴・裁判歴	<input type="checkbox"/> 年齢
<input type="checkbox"/> 障害	<input type="checkbox"/> 養育費割当	<input type="checkbox"/> 市民権
<input type="checkbox"/> 州兵の為の欠勤	<input type="checkbox"/> 性的志向	<input type="checkbox"/> 政治的所信

3. 申立てをしている差別に対して何か行動を起こしたなら、それを簡潔に説明して下さい。

4. サービスに関する差別申立てですか。 _____ はい _____ いいえ
5. 雇用に関する差別申立てですか。 _____ はい _____ いいえ
6. 差別申立てはあなたに対してですか。
_____ いいえ _____ はい。誰によってですか。 _____

7. どのように、何故差別されたと思うのか説明して下さい。明細をお願いします。名前、日付、証人、そして事が起こった場所も含めて下さい。

(もし紙面が足りない場合は追加の紙を添付して下さい)

8. 差別申立ては他の人に対してですか。 ___ いいえ ___ はい、名前、住所、電話番号を記入して下さい。

9. 申立てをしている差別が起こった明確な日付、若しくは期間を書いてください。

10. あなたが求める慰籍・救済策を述べて下さい _____

11. もし住所や電話番号を変更する場合は、DHS, Personnel, CRCS, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339に通知します。私は上記の陳述文を読み、私の最善の認識と信念において真実だという事を誓います。

全てを記入、見直し、署名、日付、そして上記の住所に送って下さい。

署名 _____ 日付 _____

<p>このフォームは、福祉サービス局に申立て申請をする際のお手伝いを目的にしています。あなたはこのフォームの使用を義務付けられている訳ではなく、同様の情報を明記した手紙でも充分です。 しかし、フォーム使用有無に関わらず、上記の情報は提供しなければなりません。</p>

(添付の差別申立て通知と非報復条件通知を読んで下さい。)

差別申立て申請者への通知

サービス上、または雇用上で差別待遇を受けた個人は、福祉サービス局の差別申立てフォームDHS9004 (2007年6月改訂) にて訴えを提出する権利があります。フォームと同様の情報を記載していれば手紙での申請でも大丈夫です。申立ては下記まで送付して下さい。

ハワイ州 福祉サービス局 人事部 公民権サービス課
STATE OF HAWAII
Department of Human Services
Personnel/CRCS P.O. Box 339
Honolulu, Hawaii 96809-0339

Tel: (808) 586-4955 TTY: (808) 586-4959
gwatts@dhs.hawaii.gov

また個人は申立てに対し以下の機関を通し救済策を求める権利があります

- 1) 労働協約室
- 2) 州、連邦政府準拠局、または/そして
- 3) 民事裁判

守秘: 全ての情報は厳密に守秘され、情報開示は申立ての論点解決に必要な時のみ許されます。調査遂行には申立て免除認可同意フォーム (DHS9006) が必要となります。

非報復: 1964年公民権法セクション704(a)修正陳述によると

このタイトルの実施に反対した事があつたり、告発、証言、助力、またどのような形にしるこのタイトル下での調査や法的手続きや審問に参加した事がある従業員、雇用応募者（またはサービス申込者）に対し雇用主が差別する事は非合法的雇用行為とするものである。

その上、執行された法は、連邦政府より財政援助を受け取っている者が、法により守られた権利確保の為の行為を取った者、またそれに参加した者への脅迫や報復をする事を禁じています。福祉サービス局にサービスを求める者、また若しくは雇用を求める者は、非報復条件を知り、申立てをした結果報復行為を企てられた場合は人事部・公民権サービス課、Department's Personnel Office/CRCS, P.O. Box 339, Honolulu, Hawaii 96809-0339へ通告するようにして下さい。

権利と責任: (下記のリストは、権利と責任の重要点であるが、包括的ではありません)

1. あなたはあなたを代理する弁護士を自費で雇う権利があり、または苦情申立てのどの段階でも代理人を立てる事が出来ます。そのような代理人は局、または州の機会平等代表や人事専門員ではあつてはなりません。
2. あなたは取り消し書を提出すればいつでも申立てを中断する権利があります。

3. あなたは、申立て手続きの各段階の通知、質疑や協議の事前通知、そして書面にて各段階で出された結果通知を受ける権利があります。
4. あなたは、障害のある個人の為に、言語通訳・翻訳、補助援助、設備、駐車場等を含む、但しそれに限定しない妥当な便宜を受ける権利があります。
5. あなたは、どの時でもこの通知に掲載された適切な州または連邦政府の機関に申立て申請をする権利があります。あなたは救済策に要する手段に関して直接これらの機関に尋ねる責任があります。

以下申立てをする機関の追加リストです。

ハワイ州ハワイ公民権委員会
State of Hawaii
Hawaii Civil Rights Commission
830 Punch bowl Street, Room 411
Honolulu, Hawaii 96813
Telephone (808) 586-8636

米国労働省 連邦契約承諾プログラムオフィス
U. S. Department of Labor
Office of Contract Compliance Programs
Prince Kuhio Federal Building, Room 7326
300 Ala Moana Boulevard
Honolulu, Hawaii 96850
Telephone (808) 541-2933

米国保険福祉省 公民権オフィス 9 区
U. S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights, Region IX
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, California 94103-6705
Telephone (415) 437-8324

米国農務省 西部地区食糧及び栄養サービス公民権オフィス
U. S. Department of Agriculture
Office of Civil Rights Food and Nutrition Service Western Region
90 7th Street, Suite 10-100
San Francisco, CA 94103
Telephone (415) 705 1322 TTY (800) 735-2922

米国教育省 公民権オフィス シアトルオフィス
U. S. Department of Education
Office of Civil Rights, Seattle Office
915 Second Avenue, Room 3310
Seattle, WA 98174-1099 (206) 220-7900 Fax (206) 220-7887

米国司法省 公民権オフィス
U. S. Department of Justice
Office of Civil Rights
810 7th Street, NW
Washington, C. C. 20531 (202) 307-0690

非報復条件通知

1964年公民権法セクション704(a)修正陳述によると、

このタイトルの実施に反対した事があつたり、告発、証言、助力、またどのような形にしろこのタイトル下での調査や法的手続き、審問に参加した事がある従業員、雇用応募者（またはサービス申込者）に対し雇用主が差別する事は非合法的雇用行為とするものである。

雇用差別告発申請を行う者は、この非報復条件を知った上で、もし申立て申請の結果、報復行為企図があるようなら、局の公民権準拠職員（808）586-4955まで通知して下さい。