

نموذج الاستفسارات والشكاوى في مكان العمل

تعتبر إدارة حماية المستهلك والعمال (DCWP) هي المورد المركزي بمدينة نيويورك المخصص للعاملين. ونحن نحقق في الشكاوى المتعلقة بقوانين مدينة نيويورك التي نتولى 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			
الاسم الأول:		اسم العائلة:	
رقم الهاتف:		عنوان البريد الإلكتروني:	
عنوان الشارع:			
المدينة:		الولاية:	الرمز البريدي:
المنطقة الإدارية:			
هل أنت جندي عسكري قديم؟			
<input type="checkbox"/> نعم			
<input type="checkbox"/> لا			

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

>

