# شکایت از رفتار تبعیض آمیز

TO: DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES
CIVIL RIGHTS SECTION
12860 CROSSROADS PARKWAY SOUTH
CITY OF INDUSTRY, CALIFORNIA 91746

**CASE NAME:**

**CASE NUMBER:**

**من _____ ، بدین وسیله شکایت تبعیض را طرح میکنم،**
**(لطفا"اسم خود را درج کنید)**
**و درخواست تحقیق و بررسی دارم.**
**من متقعدم که مورد تبعیض قرار گرفته ام بدلیل:**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ نژاد | ☐ معلولیت | ☐ هویت قومی |
| ☐ ملیت | ☐ مذهب | ☐ جنسیت |
| ☐ وضعیت تاهل | ☐ سن | ☐ رنگ پوست |
| ☐ وابستگیهای سیاسی | ☐ گرایشهای جنسی | ☐ شرکت زندگی |

**تاریخ وقوع: _____**
**اسم (ها) و مقام (ها) شخص(اشخاص) که معتقدم علیه من تبعیض قائل شده اند:**

_____

_____

**وضعیت، موقعیت و عملی که باعث شد که من تقاضای شکایت کنم به شرح زیر است:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**من مایلم که اصلاحات به شرح زیر انجام شود:**

_____

_____

_____

_____

_____
اگر راضی هستید،
حروف اول اسم و اسم فامیل
خود را بر روی خط بنویسید.
( Initial)

**رضایت دادن** __ با نوشتن حروف اول اسم و اسم فامیل خود (initialing) این گزینه، من به اداره خدمات اجتماعی عمومی، بخش حقوق مدنی (CRS) اجازه می دهم که هویت و سایر اطلاعات شخصی مرا در اختیار سازمان و بنیادی که تحت بررسی و دیگر آژانسهای فدرال و ایالت مطابق با قوانین قابل اجراء فدرال و ایالت قرار دهد. من بدینوسیله به CRS اجازه می دهم که مدارک و اطلاعات که شامل ولی محدود نیست به درخواست نامه، پرونده، مدارک شخصی و پرونده پزشکی مرا دریافت کند. مدارک و اطلاعات باید برای انطباق و اجرای فعالیتهای بخش حقوق مدنی استفاده شود. من درک می کنم که ملزم به دادن این اجازه نیستم و من این کار را داوطلبانه انجام می دهم.

_____
اگر راضی نیستید،
حروف اول اسم و اسم فامیل
خود را بر روی خط بنویسید.
(Initial)

**رضایت ندادن** __ من رضایت نمی دهم که اسم وی یا سایر اطلاعات شخصی من در اختیار کسی قرار گیرد. من درک می کنم که این شکایت ممکن است بررسی نشود زیرا من از ترخیص اطلاعات خود امتناع کردم.

_____ _____
(امضاء) (تاریخ)

آدرس: _____
_____

شماره تلفن: _____