

شكوى بالتمييز

الاسم	نوع البرنامج
عنوان الشارع	رقم الملف
المدينة، الولاية، الرمز البريدي	رقم الهاتف

انا اعتقد بأنه تم التمييز ضدي على أساس:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> الأصل القومي | <input type="checkbox"/> الجنس | <input type="checkbox"/> الحالة الطبية |
| <input type="checkbox"/> اللون | <input type="checkbox"/> الهوية الجندرية | <input type="checkbox"/> المعلومات الوراثية |
| <input type="checkbox"/> الانتماء العرقي | <input type="checkbox"/> التعبير الجندري | <input type="checkbox"/> الدين |
| <input type="checkbox"/> الأسلاف | <input type="checkbox"/> التوجه الجنسي | <input type="checkbox"/> الانتماءات السياسية |
| <input type="checkbox"/> المجموعة الإثنية | <input type="checkbox"/> الحالة الاجتماعية | <input type="checkbox"/> الإعاقة |
| <input type="checkbox"/> العمر | <input type="checkbox"/> شراكة منزلية | <input type="checkbox"/> أي أسس أخرى منطبقة |

اسم الشخص الذي قام بالتمييز	المسمى الوظيفي	تاريخ الحادثة	الوكالة التي وقعت فيها الحادثة

صف بكلماتك الخاصة الفعل (الأفعال) الذي حدث مما جعلك تعتقد بأنك تعرّضت لتمييز ضدك.

أوضح الحل الذي تسعى إليه.

أدرك أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة إلى حد علمي واعتقادي.

أنا لا أمنح موافقتي على الكشف عن اسمي أو أي معلومات أخرى تحدد شخصيتي. أنا أدرك أنه لا يمكن التحقيق في هذه الشكوى، وذلك نتيجة لرفض من الموافقة على الكشف عن المعلومات.

بالتوقيع على هذه الشكوى، أنا أخول مكتب الحقوق المدنية (CRB) التابع لإدارة CDSS بالكشف عن هويتي وأي معلومات شخصية أخرى إلى أشخاص في المنظمة أو المؤسسة قيد التحقيق، وإلى غيرها من الوكالات الفدرالية أو التابعة للولاية بما يتوافق مع اللوائح والقوانين السارية فدرالياً وفي الولاية. أخول أنا بموجب هذا مكتب CRB باستلام المواد والمعلومات بما في ذلك، على سبيل المثال وليس الحصر، الطلبات وملفات القضية والسجلات الشخصية والسجلات الطبية. سيتم استخدام المواد والمعلومات للاعتدال للحقوق المدنية المخولة وممارسات الجهات الأمنية. أنا أدرك بأنني لست ملزماً بتحويل عملية الكشف هذه، وأنا أفعل ذلك طوعاً.

توقيع مقدم الشكوى	التاريخ
-------------------	---------