

## 差別に係る苦情

|          |          |
|----------|----------|
| 名前       | プログラムの種類 |
| 街路アドレス   | 案件番号     |
| 市、州、郵便番号 | 電話番号     |

私は、次の理由に基づき差別されてきたものと信じています。

- |                                 |                               |  |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 出自国    | <input type="checkbox"/> 性別   | <input type="checkbox"/> 健康状態                  |
| <input type="checkbox"/> 肌の色    | <input type="checkbox"/> 性自認  | <input type="checkbox"/> 遺伝情報                  |
| <input type="checkbox"/> 人種     | <input type="checkbox"/> 性表現  | <input type="checkbox"/> 宗教                    |
| <input type="checkbox"/> 祖先     | <input type="checkbox"/> 性的指向 | <input type="checkbox"/> 政治的所属                 |
| <input type="checkbox"/> 民族グループ | <input type="checkbox"/> 婚姻状況 | <input type="checkbox"/> 障害                    |
| <input type="checkbox"/> 年齢     | <input type="checkbox"/> 同棲関係 | <input type="checkbox"/> その他該当する可能性がある根拠 _____ |

| 差別した者の名前 | 肩書 | 発生日 | 発生した政府機関の場所 |
|----------|----|-----|-------------|
|          |    |     |             |
|          |    |     |             |
|          |    |     |             |

如何な行為がなされたため、あなたが差別されたと信じるに至ったのかご自身の言葉でご説明ください。

あなたが求めている解決をお示しください。

私は上述の情報が私の知り信じる限り、真実であり正確であると考えます。

- 私は、自らの名前又は他の個人を特定できる情報の公開に同意しません。私は、この書面において、CRBが申請書、案件、個人記録、及び医療記録を含むものの、それらに限られない資料及び情報を受領することを承認するものです。
- この苦情に署名することにより、私はCDSS公民権局(CRB)が、適用される連邦及び州の法令の規定に基づき、捜査対象である組織又は機関の個人、並びに他の連邦及び州の機関に対し、私の身元及び他の個人情報を開示することを承認するものです。私は、この書面において、CRBが、申請書、案件、個人記録、および医療記録を含むものの、それらに限られない資料及び情報を受領することを承認するものです。これらの資料及び情報は、承認された公民権の遵守及び執行活動に使用されるものとし、私は、このリリースを承認する必要がないことを理解しつつ、自発的に承認するものです。

|          |     |
|----------|-----|
| 苦情申立人の署名 | 年月日 |
|----------|-----|