

**សំណើការដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការប្រកាន់រើសអើង (ពូជសាសន៍ ភេទ ។ល។)
(COMPLAINT OF DISCRIMINATORY TREATMENT FORM)**

សំណើនេះត្រូវបានប្រើដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) អំពីការប្រកាន់រើសអើង (ពូជសាសន៍ ភេទ ។ល។) សំរាប់ការរំលោភបំពានលើប្រភេទនៃថ្នាក់ការពារណាមួយ ដែលបានរាប់រងការពារក្រោមច្បាប់របស់ក្រសួងសង្គមកិច្ចនៃរដ្ឋ កាលីហ្វ័រនីញ៉ាផ្នែកទី 21 ។ យោងទៅតាមសៀវភៅណែនាំស្តីអំពីសិទ្ធិមនុស្សរបស់ DPSS នៃខោនធីឡូសអិនយឺឡេស សំណើនេះ មិនត្រូវបានតម្រូវជាផ្លូវការដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការប្រកាន់រើសអើង (ពូជសាសន៍ ភេទ ។ល។) ទេ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកត្រូវបានគេរើសអើងដោយសារតែ៖

- សញ្ជាតិដើម (រួមទាំងភាសា)
- ជាតិសាសន៍
- ការកំណត់សម្គាល់នៃក្រុមជាតិពន្ធុ
- ភេទ
- អត្តសញ្ញាណនៃយេនឌ័រ
- ភាពមានគ្រួសារ ឬនៅលីវ
- ស្ថានភាពសុខភាព
- សាសនា
- ពិការភាព (រាងកាយ ឬសតិអារម្មណ៍)
- ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍
- ពណ៌សម្បុរ
- ពូជពង្ស
- អាយុ
- ការសម្តែងមនោសញ្ចេតនានៃយេនឌ័រ
- ចំណូលចិត្តលើភេទ
- ភាពជាដៃគូដោយមិនបាច់រៀបការ
- ព័ត៌មានអំពីហ្វែន
- ការចូលជាសមាជិកគណៈបក្សនយោបាយ
- ភាពជាពលរដ្ឋ ឬសញ្ជាតិ
- គ្រឹះមូលដ្ឋានដែលទាក់ទងណាមួយផ្សេងទៀត

សេចក្តីណែនាំ:

1. បំពេញសំណើ PA 607 ដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយ ពាក្យបណ្តឹងអំពីការប្រកាន់រើសអើង (ពូជសាសន៍ ភេទ ។ល។) ។ សូមធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកបានបញ្ចូលឈ្មោះ លេខទូរស័ព្ទ អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ លេខសំណុំរឿង និង ការពិពណ៌នាអំពី ការប្រកាន់រើសអើងដែលត្រូវបានចោទប្រកាន់ (ភ្ជាប់ទំព័រនៃមប្រសិនបើចាំបាច់) ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកដោយ អនាមិក អ្នកអាចទុកផ្នែកឈ្មោះឱ្យនៅទំនេរ ហើយសរសេរ "អនាមិក" នៅក្នុងផ្នែកហត្ថលេខា។
2. ផ្តល់នូវសកម្មភាពកែតម្រូវដែលនឹងត្រូវបានស្នើសុំ ដើម្បីដោះស្រាយការប្រកាន់រើសអើងដែលត្រូវបានចោទប្រកាន់។
3. ចុះហត្ថលេខាលើសំណើ។
4. ដាក់ពាក្យបណ្តឹងដោយទៅជួបគេផ្ទាល់នៅការិយាល័យ DPSS ណាមួយ តាមទូរស័ព្ទ ទូរសារ អ៊ីមែល ឬដោយផ្ញើសំណើ ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងមកតាមប្រៃសណីយ៍របស់សហរដ្ឋអាមេរិកទៅអាសយដ្ឋានខាងក្រោម៖

**Department of Public Social Services
Civil Rights Section
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
Telephone: (562) 908-8501
Fax: (562) 692-2240
Email: DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov**

សូមចងចាំ:

- អង្គភាពផ្នែកសិទ្ធិមនុស្សរបស់ DPSS នឹងចាត់តាំងអ្នកស៊ើបអង្កេតម្នាក់ ដែលនឹងជូនដំណឹងទៅអ្នកថាគេបានទទួល ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- ការដាក់ស្នើសំណើ PA 607 មិនមែនជាតម្រូវការក្នុងការដាក់របាយការណ៍នៃការប្រកាន់រើសអើងនោះទេ។ អ្នកអាច ដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរតាមអ៊ីមែល ដាក់ពាក្យបណ្តឹងដោយផ្ទាល់មាត់ តាមទូរស័ព្ទ ឬដោយជូនដំណឹង ដល់បុគ្គលិក DPSS ណាម្នាក់ ដើម្បីចាប់ផ្តើមដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការប្រកាន់រើសអើង។
- ការសងសឹកត្រូវបានរួមបញ្ចូលជាសកម្មភាពដែលបានការពារក្រោមច្បាប់របស់ CDSS ផ្នែកទី 21 ហើយត្រូវបានហាម ឃាត់។ ពាក្យបណ្តឹងដោយការសងសឹកត្រូវបានពិពណ៌នាថាជាទម្រង់នៃការបំភិតបំភ័យ ការគំរាមកំហែង ការបង្ខិតបង្ខំ ឬការប្រកាន់រើសអើងលើបុគ្គលណាម្នាក់ដែលចូលរួមក្នុងសកម្មភាពដែលត្រូវបានការពារ ដូចជាការដាក់ពាក្យបណ្តឹង ការផ្តល់សក្ខីកម្ម ឬការចូលរួមក្នុងលក្ខណៈណាមួយនៅក្នុងការស៊ើបអង្កេត ដំណើរការ ឬសវនាការ។ នេះមិនដូចគ្នានឹង ពាក្យបណ្តឹងរើសអើងទេ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ វាត្រូវបានហាមឃាត់ក្រោមច្បាប់របស់ CDSS ផ្នែកទី 21 ។

សេចក្តីតវ៉ាអំពីការប្រកាន់រើសអើង (ពូជសាសន៍ ភេទ ។ល។)

សូមផ្ញើសំណៅដែលបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់នេះត្រឡប់ទៅអាសយដ្ឋានខាងក្រោម:

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

អ៊ីមែល : DPSSCivilRights@dps.lacounty.gov

ទូរស័ព្ទ : (562) 908-8501

ទូរសារ : (562) 692-2240

ឈ្មោះសំណុំរឿង:

លេខសំណុំរឿង:

ខ្ញុំ, _____, តាមរយៈនេះ ធ្វើការតវ៉ាអំពីការប្រកាន់រើសអើង (ពូជសាសន៍ ភេទ ។ល។) ហើយ ស្នើសុំឲ្យមានការស៊ើបអង្កេតមួយ។

ខ្ញុំជឿថា ខ្ញុំត្រូវបានគេធ្វើការប្រកាន់រើសអើង ដោយសារ:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> សញ្ជាតិដើម (រួមទាំងភាសា) | <input type="checkbox"/> អាយុ | <input type="checkbox"/> ព័ត៌មានអំពីហ្វែរស |
| <input type="checkbox"/> ពណ៌សម្បុរ | <input type="checkbox"/> ភេទ | <input type="checkbox"/> សាសនា |
| <input type="checkbox"/> ជាតិសាសន៍ | <input type="checkbox"/> ការសង្កេតមនោសញ្ចេតនានៃយើងខ្លួន | <input type="checkbox"/> ការចូលជាសមាជិកគណៈបក្សនយោបាយ |
| <input type="checkbox"/> ពូជពង្ស | <input type="checkbox"/> អត្តសញ្ញាណនៃយើងខ្លួន | <input type="checkbox"/> ភាពជាពលរដ្ឋ ឬសញ្ជាតិ |
| <input type="checkbox"/> ការកំណត់សម្គាល់នៃក្រុមជាតិពន្ធុ | <input type="checkbox"/> ចំណូលចិត្តលើភេទ | <input type="checkbox"/> ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ |
| <input type="checkbox"/> ពិការភាពផ្នែករាងកាយ ឬផ្នែកសតិអារម្មណ៍ | <input type="checkbox"/> ភាពជាដៃគូដោយមិនបាច់រៀបការ | <input type="checkbox"/> គ្រឹះមូលដ្ឋានដែលទាក់ទងណាមួយផ្សេងទៀត: |
| | <input type="checkbox"/> ស្ថានភាពសុខភាព | |

ខ្ញុំជឿថាខ្ញុំត្រូវបានគេសងសឹកដោយសារតែ: _____

កាលបរិច្ឆេទដែលការប្រកាន់រើសអើងបានកើតឡើង: _____

ឈ្មោះ និង មុខងាររបស់បុគ្គលិកដែលខ្ញុំជឿថា បានធ្វើការប្រកាន់រើសអើងចំពោះខ្ញុំ: _____

ទង្វើ ការសម្រេចចិត្ត ឬ ស្ថានភាពណាដែលនាំឱ្យខ្ញុំធ្វើការតវ៉ាគឺមាននៅខាងក្រោមនេះ: _____

ខ្ញុំមានបំណងចង់បានការកែតម្រូវដូចតទៅ: _____

ការយល់ព្រមឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន – ដោយចុះហត្ថលេខាសង្ខេបលើដំរើសនេះ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអង្គការផ្នែកសិទ្ធិមនុស្ស (CRS) នៃក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ បញ្ចេញឱ្យដឹងនូវអត្តសញ្ញាណ និងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដទៃទៀតរបស់ខ្ញុំ ទៅឱ្យបុគ្គលិក នៅអង្គការ ឬស្ថាប័នដែលធ្វើការស៊ើបអង្កេត និង ទៅឱ្យក្រសួងពាក់ព័ន្ធដទៃទៀតនៃសហព័ន្ធ និង រដ្ឋ ដោយអនុលោមទៅតាមច្បាប់ និង បទបញ្ញត្តិនៃសហព័ន្ធ និង រដ្ឋដែលអាចយកមកអនុវត្តបាន។ ខ្ញុំ តាមរយៈនេះ អនុញ្ញាតឱ្យអង្គការផ្នែកសិទ្ធិមនុស្ស (CRS) យកឯកសារ និងព័ត៌មាន រួមមាន ប៉ុន្តែ មិនកំរិតត្រឹមតែ ក្រដាសដាក់ពាក្យសុំ បញ្ជីរសំណុំរឿង កំណត់ត្រាព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងកំណត់ត្រាពេទ្យប៉ុណ្ណោះទេ។ ឯកសារនិងព័ត៌មាន នឹងយកមកប្រើសំរាប់តែកិច្ចការទាក់ទងនឹងការគោរពសិទ្ធិមនុស្ស និងសិក្សាភាពឱ្យប្រតិបត្តិតាមគោលការណ៍នៃច្បាប់សិទ្ធិមនុស្សតែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនត្រូវបានគេតម្រូវឲ្យយល់ព្រមក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មាននេះទេ និងខ្ញុំធ្វើដូច្នោះ ដោយស្ម័គ្រចិត្ត។

ការបដិសេធមិនឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន – ខ្ញុំមិនអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញឈ្មោះ ឬ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដទៃទៀតទាក់ទងនឹងអត្តសញ្ញាណរបស់ខ្ញុំទេ ។ ខ្ញុំយល់ថា សេចក្តីតវ៉ាអំពីការប្រកាន់រើសអើងនេះប្រហែលជាមិនត្រូវយកមកស៊ើបអង្កេតទេ ដោយសារតែការបដិសេធលើបន្ទាត់ខាងលើ មើលសេចក្តីលើការបញ្ចេញព័ត៌មាននេះ។

អាសយដ្ឋាន: _____
លេខទូរស័ព្ទ: _____