

## فرم شکایت در مورد برخورد تبعیض آمیز

این فرم برای استفاده در ثبت شکایت نزد DPSS در خصوص رفتار تبعیض آمیز برای نقض حقوق هر کدام از گروه‌های تحت پوشش بخش 21 دیارتمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا در نظر گرفته شده است. طبق دفترچه راهنمای حقوق مدنی DPSS شهرستان لس آنجلس، پرکردن این فرم برای ثبت رسمی شکایت در مورد تبعیض الزامی نیست.

چنانچه احساس می‌کنید به دلایلی که در ذیل آمده است مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید شکایتان را ثبت کنید.

- |                           |                             |
|---------------------------|-----------------------------|
| • ملیت اولیه (شامل زبان)  | • رنگ                       |
| • نژاد                    | • اصل و نسب                 |
| • تعلق به گروه قومی       | • سن                        |
| • جنس                     | • بروز جنسیت                |
| • هویت جنسیتی             | • گرایش جنسی                |
| • وضعیت تأهل              | • همخانگی قانونی            |
| • وضعیت پزشکی             | • اطلاعات ژنتیک             |
| • مذهب                    | • وابستگی سیاسی             |
| • معلولیت (جسمی یا روانی) | • شهروندی                   |
| • وضعیت مهاجرتی           | • هرگونه دلیل قابل ذکر دیگر |

### دستورالعمل‌ها:

1. فرم پیوست به شماره PA 607، شکایت در مورد برخورد تبعیض آمیز، را تکمیل کنید. مطمئن شوید که نام، شماره تلفن، نشانی پستی، شماره پرونده و توضیحی در مورد تبعیض ادعا شده (در صورت نیاز، صفحات بیشتری پیوست کنید) را در آن درج کرده‌اید. در صورت ارسال شکایتان به صورت ناشناس، قسمت نام را خالی بگذارید و در قسمت امضا بنویسید «ناشناس».
2. اقدامات اصلاحی درخواست شده برای رفع تبعیض مورد ادعا را ارائه کنید.
3. فرم را امضا کنید.
4. فرم شکایت را به صورت حضوری، تلفنی، توسط فکس، یا ایمیل به هر کدام از دفاتر IHSS ارسال و یا به نشانی زیر پست کنید:

**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](mailto:DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov)**

### لطفاً توجه کنید:

- بخش حقوق مدنی DPSS یک بازرس تعیین می‌کند که دریافت شکایت شما را کتباً تأیید خواهد کرد.
- برای گزارش کردن یک تبعیض، ارسال فرم PA 607 ضروری نیست؛ می‌توانید با ارسال ایمیل یک شکایت کتبی ثبت کنید، از طریق تلفن یک شکایت شفاهی ثبت کنید یا برای شروع شکایت در مورد تبعیض به یکی از کارمندان DPSS اطلاع دهید.
- رفتار تلافی‌جویانه مشمول فعالیت‌های تحت پوشش بخش 21 قانون CDSS و ممنوع است. رفتار تلافی‌جویانه، به صورت هرگونه ارباب، تهدید، اجبار یا تبعیض علیه افرادی تعریف می‌شود که در فعالیتهای تحت پوشش مانند ثبت شکایت، شهادت در دادگاه، شرکت در تحقیقات، رسیدگی‌ها یا دادرسی‌ها، به هر نحو ممکن مشارکت دارند. این موضوع، با موارد مربوط به تبعیض یکی نیست، با این حال تحت بخش 21 قانون CDSS ممنوع است.

## شکایت در مورد برخورد تبعیض آمیز

لطفاً فرم تکمیل شده را به این نشانی عودت دهید:

Department of Public Social Services Civil Rights Section

12860 Crossroads Parkway South

City of Industry, CA 91746

ایمیل: DPSSCivilRights@dps.lacounty.gov

تلفن: (562) 908-8501

فکس: (562) 692-2240

نام پرونده:

شماره پرونده:

اینجانب، \_\_\_\_\_، بدینوسیله این شکایت مربوط به برخورد تبعیض آمیز را ثبت می‌کنم و استدعا دارم که موضوع مورد بررسی قرار گیرد. (لطفاً نام خود را درج کنید)

من معتقدم که به علت داشتن ویژگی(های) زیر مورد تبعیض قرار گرفته‌ام (دستکم یک چارخانه را علامت بزنید):

<input type="checkbox"/> سن	<input type="checkbox"/> ملیت اولیه (شامل زبان)
<input type="checkbox"/> جنس	<input type="checkbox"/> رنگ
<input type="checkbox"/> بروز جنسیت	<input type="checkbox"/> نژاد
<input type="checkbox"/> هویت جنسیتی	<input type="checkbox"/> اصل و نسب
<input type="checkbox"/> گرایش جنسی	<input type="checkbox"/> تعلق به گروه قومی
<input type="checkbox"/> وضعیت تأهل	<input type="checkbox"/> معلولیت جسمی یا روانی
<input type="checkbox"/> همخانگی قانونی	
<input type="checkbox"/> وضعیت پزشکی	
<input type="checkbox"/> اطلاعات ژنتیک	
<input type="checkbox"/> مذهب	
<input type="checkbox"/> وابستگی سیاسی	
<input type="checkbox"/> شهروندی	
<input type="checkbox"/> وضعیت مهاجرتی	
<input type="checkbox"/> هرگونه دلیل قابل ذکر دیگر:	

من فکر می‌کنم به این علت مورد تلافی‌جویی قرار گرفته‌ام که:

تاریخ وقوع:

نام(ها) و عنوان(های) شخص(اشخاص)ی که معتقدم از سوی آن(ان) مورد تبعیض قرار گرفته‌ام:

اقدام، تصمیم، یا شرایطی که باعث شد من این شکایت را ثبت کنم به شرح زیر است:

اینجانب خواستار اقدامات اصلاحی زیر انجام شود:

**اعلام رضایت** – با پاراف این گزینه، من به اداره خدمات فراگیر اجتماعی، بخش حقوق مدنی (CRS) اجازه می‌دهم که مطابق با قوانین و مقررات مرتبط فدرال و ایالتی، هویت و سایر اطلاعات شخصی مرا در اختیار سازمان یا نهاد تحت بررسی و دیگر آژانس‌های فدرال و ایالتی قرار دهد. من بدینوسیله به CRS اجازه می‌دهم مدارک و اطلاعات اینجانب شامل، ولی نه محدود به، تقاضانامه، اوراق پرونده، سوابق شخصی و پزشکی را دریافت کند. مدارک و اطلاعات باید برای فعالیت‌های بخش حقوق مدنی در خصوص رعایت و اجرای مقررات مورد استفاده قرار گیرند. من درک می‌کنم که مجبور به دادن این اجازه نیستم و این کار را داوطلبانه انجام می‌دهم.

اگر راضی هستید،  
حروف اول نام و نام خانوادگی  
خود را بر روی خط بنویسید.  
(پاراف کنید)

**اعلام عدم رضایت** – من رضایت نمی‌دهم که نام یا سایر اطلاعات شخصی من در اختیار کسی قرار گیرد. من درک می‌کنم که این شکایت ممکن است، به علت عدم رضایت من در مورد انتشار اطلاعاتم، بررسی نشود.

اگر راضی نیستید،  
حروف اول نام و نام خانوادگی  
خود را بر روی خط بنویسید.  
(پاراف کنید)

نشانی:

(تاریخ)

(امضا)

شماره تلفن: