

فرم شکایت در مورد برخورد تبعیض آمیز

این فرم برای استفاده در ثبت شکایت نزد DPSS در خصوص برخورد تبعیض آمیز برای نقض حقوق هر کدام از گروه‌های تحت پوشش بخش 21 اداره 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 زیر آمده است مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید شکایتتان 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 |
| • ناتوانی (جسمی یا روحی) | • شهروندی |
| • وضعیت مهاجرتی | • هر اصل قابل اجرای 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 شکایتتان به صورت ناشناس، قسمت نام را خالی بگذارید و در قسمت امضا بنویسید «ناشناس».
2. اقدام 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، ایمیل به هر کدام از دفاتر DPSS ارسال و یا به نشانی زیر در ایالات متحده 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

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 می‌شود و ممنوع است. رفتار تلافی‌جویانه به صورت هر گونه ارعاب، 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.

فرم شکایت در مورد برخورد تبعیض آمیز

لطفاً فرم تکمیل شده را به این نشانی بازگردانید:

Department of Public Social Services Civil Rights Section

12860 Crossroads Parkway South

City of Industry, CA 91746

ایمیل: DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov

تلفن: (562) 908-8501

فکس: (562) 692-2240

نام پرونده:

شماره پرونده:

اینجانب،
و استدعا دارم که موضوع مورد بررسی قرار گیرد.

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

مذهب	سن	ملیت اظینه (شامل زبان)
وابستگی سیاسی	جنس	رنگ
شهروندی	بروز جنسیت	نژاد
وضعیت مهاجرتی	هویت جنسیتی	اصل و نسب
وضعیت تأهل	گرایش جنسی	تعلق به گروه قومی
اطلاعات ژنتیک	وضعیت پزشکی	هجانگی قانونی
هر اصل قابل اجرای دیگر :		ناتوانی جسمی یا روحی

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/ تلافی‌جویی 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.

اعلام عدم رضایت – با پاراف این گزینه، 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.

نشانی:

تاریخ

امضا

شماره تلفن: