



اداره خدمات عمومی اجتماعی
قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت
فرم شکایت



این فرم برای استفاده جهت رفع شکایات مشتریان DPSS در خصوص نقض قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت (ADA) می‌باشد.

استفاده از این فرم نیازی به تبعیت از قوانین و مقررات دولت فدرال نداشته و آغازگر دعوی قضایی نیست.

اگر شما یا نماینده مجازتان ادعا می‌کنید که به‌علت ناتوانی‌تان مورد تبعیض قرار گرفته‌اید یا از خدمات ارائه‌شده منطبق با ناتوانی‌تان راضی نیستید، می‌توانید شکایت خود را ثبت کنید. برخی از ناتوانی‌ها ممکن است شامل، ولی نه محدود به مشکلات در راه رفتن، نشستن، ایستادن، خواندن، یادگیری، درک، صحبت کردن، شنیدن، دیدن، بودن در میان جمعیت، و از دست دادن حافظه باشد.

دستورالعمل‌ها

1. فرم شکایت ضمیمه را تکمیل کنید. نام، شماره پرونده، آدرس، شماره تلفن شاکی و شرح مختصری از تخلف(های) ادعا شده را ضمیمه کنید.
2. اقدامات اصلاحی مورد تقاضا برای رفع تخلف(های) ادعا شده را ارائه دهید.
3. شما یا نماینده مجازتان فرم شکایت را امضاء کنید.
4. فرم شکایت را شخصاً به یکی از اداره‌های DPSS واگذار کنید، یا از طریق تلفن، فاکس، آدرس الکترونیکی یا پست به یکی از آدرسهای زیر ارسال کنید:

Department of Public Social Services
Attn: Civil Rights Section
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
Civil Rights Complaint Hotline:
(562) 908-8501
Fax: (562) 692-2240
TTY: (877) 735-2929 (California Relay)
Email: DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov

Los Angeles County Chief Executive Office (CEO)
Attn: Disability Civil Rights Section
500 West Temple Street, Room 754
Los Angeles, California 90012
Telephone: (213) 202-6944
TTY: (800) 855-7100 (California Relay)
Email: Adavis@ceo.lacounty.gov

5. شما می‌توانید با هماهنگی کننده سرفصل دوم قانون ADA در DPSS یک ملاقات غیررسمی درخواست کنید.

6. DPSS بازرسی منصوب خواهد کرد که به صورت کتبی دریافت شکایت شما را تأیید خواهد کرد.

لطفاً توجه داشته باشید:

- استفاده از این روند شکایت غیررسمی از طرف مقررات فدرال نه لازم است نه شما را از شکایت به سازمان اجرایی مناسب فدرال، باز می‌دارد.
- هرگونه تلافی، اجبار، ارباب، تهدید، دخالت، یا تعرض به خاطر ثبت شکایت ممنوع است و باید بلافاصله به هماهنگ‌کننده سرفصل دوم قانون ADA در DPSS با شماره تلفن (562) 908-8501 یا County's CEO, Disability Civil Rights Section با شماره تلفن (213) 202-6944 گزارش شود.

این فرم در شکلهای متناوبی از طرف دفتر هماهنگی ADA در دسترس است.



اداره خدمات عمومی اجتماعی
قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت
فرم شکایت



شخصی که فرم را تکمیل می‌کند (یکی را علامت بزنید): شاکی نماینده مجاز

نام: _____ شماره پرونده: _____

آدرس: _____

شماره تلفن: _____ (_____) _____

پست الکترونیکی: _____

تخلفات مورد ادعا

تخلف مورد ادعا ADA را توضیح دهید. برای واضح بودن شکایتتان، جزئیات کافی ارائه دهید. (در صورت لزوم می‌توانید صفحات بیشتری ضمیمه کنید).

تاریخ واقعه: _____

اقدام مورد درخواست

چگونه رفتاری از دفتر شهرستان در قبال تصحیح تخلف ادعا شده ADA انتظار دارید؟

امضاء شاکی: _____ تاریخ: _____

امضاء نماینده مجاز: _____ تاریخ: _____