

## شکایت از رفتار تبعیض آمیز

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

نام پرونده:

شماره پرونده:

من \_\_\_\_\_، بدین وسیله شکایت تبعیض را طرح میکنم،  
(لطفاً نام خود را درج کنید)  
و درخواست تحقیق و بررسی دارم.  
من متقدم که مورد تبعیض قرار گرفته ام بدلیل:

<input type="checkbox"/> سن	<input type="checkbox"/> ملیت اصلی
<input type="checkbox"/> جنسیت (سکس)	<input type="checkbox"/> (با ذکر زبان)
<input type="checkbox"/> جنسیت	<input type="checkbox"/> رنگ پوست
<input type="checkbox"/> هویت یا	<input type="checkbox"/> نژاد
<input type="checkbox"/> بیان جنسی	<input type="checkbox"/> اجداد
<input type="checkbox"/> گرایشهای جنسی	<input type="checkbox"/> شناسایی
<input type="checkbox"/> وضعیت تاهل	<input type="checkbox"/> هویت قومی
<input type="checkbox"/> شریک داخلی	<input type="checkbox"/> معلولیت جسمی
<input type="checkbox"/> وضعیت پزشکی	<input type="checkbox"/> و روانی
<input type="checkbox"/> اطلاعات ژنتیکی	
<input type="checkbox"/> مذهب	
<input type="checkbox"/> وابستگیهای سیاسی	
<input type="checkbox"/> شهروندی (تابعیت)	
<input type="checkbox"/> وضعیت مهاجرت	
<input type="checkbox"/> هر مبنای قابل اجرا دیگر:	

تاریخ وقوع: \_\_\_\_\_  
نام (ها) و مقام (ها) شخص(اشخاص) که متقدم علیه من تبعیض قائل شده اند:

وضعیت، موقعیت و عملی که باعث شد که من تقاضای شکایت کنم به شرح زیر است:

من مایلیم که اصلاحات به شرح زیر انجام شود:

**رضایت دادن** \_\_\_ با نوشتن حروف اول اسم و اسم فامیل خود (پاراف) این گزینه، من به اداره خدمات اجتماعی عمومی، بخش حقوق مدنی (CRS) اجازه می دهم که هویت و سایر اطلاعات شخصی مرا در اختیار سازمان و بنیادی که تحت بررسی و دیگر آژانسهای فدرال و ایالت مطابق با قوانین قابل اجراء فدرال و ایالت قرار دهد. من بدینوسیله به CRS اجازه می دهم که مدارک و اطلاعات که شامل ولی محدود نیست به درخواست نامه، پرونده، مدارک شخصی و پرونده پزشکی مرا دریافت کند. مدارک و اطلاعات باید برای انطباق و اجراء فعالیتهای بخش حقوق مدنی استفاده شود. من درک می کنم که ملزم به دادن این اجازه نیستم و من این کار را داوطلبانه انجام می دهم.

اگر راضی هستید،  
حروف اول اسم و اسم فامیل  
خود را بر روی خط بنویسید.  
(پاراف)

**رضایت ندادن** \_\_\_ من رضایت نمی دهم که اسم وی یا سایر اطلاعات شخصی من در اختیار کسی قرار گیرد. من درک می کنم که این شکایت ممکن است بررسی نشود زیرا من از ترخیص اطلاعات خود امتناع کردم.

اگر راضی نیستید،  
حروف اول اسم و اسم فامیل  
خود را بر روی خط بنویسید.  
(پاراف)

نشانی:

(تاریخ)

(امضاء)