

**ԲՈՂՈՔ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**

|                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| Անուն/Ազգանուն              | Ծրագրի տեսակը   |
| Հասցե՝ փողոցի անունը        | Գործի համարը    |
| Քաղաք, Նահանգ, Փոստային կոդ | Հեռախոսի համարը |

Ես կարծում եմ, որ խտրականության եմ ենթարկվել հետևյալի պատճառով.

- |                                         |                                                    |                                                       |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ազգային ծագում | <input type="checkbox"/> Սեռ                       | <input type="checkbox"/> Առողջական կարգավիճակ         |
| <input type="checkbox"/> Մաշկի գույն    | <input type="checkbox"/> Սեռական ինքնություն       | <input type="checkbox"/> Գենետիկական տեղեկատվություն  |
| <input type="checkbox"/> Ռասա           | <input type="checkbox"/> Սեռական արտահայտություն   | <input type="checkbox"/> Կրոն                         |
| <input type="checkbox"/> Ծագում         | <input type="checkbox"/> Սեռական կողմնորոշում      | <input type="checkbox"/> Քաղաքական պատկանելություն    |
| <input type="checkbox"/> Էթնիկ խումբ    | <input type="checkbox"/> Ամուսնական կարգավիճակ     | <input type="checkbox"/> Հաշմանդամություն             |
| <input type="checkbox"/> Տարիք          | <input type="checkbox"/> Ընտանեկան ընկերակցություն | <input type="checkbox"/> Նշել ցանկացած այլ հիմք _____ |

| Խտրականություն դրսևորած անձի անունը | Պաշտոնը | Դեպքի ամսաթիվը | Դեպքի վայրը, Գործակալությունը |
|-------------------------------------|---------|----------------|-------------------------------|
|                                     |         |                |                               |
|                                     |         |                |                               |
|                                     |         |                |                               |

Ձեր իսկ խոսքերով նկարագրեք, թե ինչ գործողություն(ներ) է տեղի ունեցել, որը Ձեզ ստիպել է ենթադրել, որ Ձեր նկատմամբ խտրական վերաբերմունք է դրսևորվել:

Նշեք, թե ինչ լուծում եք փնտրում:

Ես հասկանում եմ, որ վերոնշյալ տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ամբողջական՝ իմ գիտելիքների և համոզմունքների սահմաններում:

- ☐ Ես իմ համաձայնությունը չեմ տալիս իմ անվան կամ անձը հաստատող այլ տեղեկությունների հրապարակմանը: Ես հասկանում եմ, որ այս բաղադրը չի կարող հատաքննվել, քանի որ ես հրաժարվում եմ համաձայնություն տալ տեղեկատվության հրապարակման համար:

Ստորագրելով այս բողոքը՝ ես լիազորում եմ CDSS Քաղաքացիական Իրավունքների Բաժնին (CRB) բացահայտել իմ ինքնությունը և այլ անձնական տվյալները հետաքննության ենթակա կազմակերպության կամ հաստատության անձանց և այլ դաշնային և նահանգային մարմիններին՝ համապատասխան դաշնային և նահանգային օրենքների և կանոնակարգերի: Ես սույնով լիազորում եմ CRB-ին ստանալ նյութեր և տեղեկատվություն, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով դիմումների, գործի փաստաթղթերի, անձնական և բժշկական գրառումների մասին: Նյութերը և տեղեկատվությունը պետք է օգտագործվեն քաղաքացիական իրավունքների պաշտպանության և լիազորված գործունեության համար: Ես հասկանում եմ, որ պարտավոր չեմ լիազորել այս հրապարակումը, և ես դա անում եմ կամավոր:

|                                    |         |
|------------------------------------|---------|
| Բողոք ներկայացնողի ստորագրությունը | Ամսաթիվ |
|------------------------------------|---------|