

شکایت از تبعیض

نام	نوع برنامه
آدرس سرک (خیابان)	شماره دوسیه (پرونده)
شهر، ایالت، کد پستی	شماره تلفن

من معتقدم براساس موارد زیر مورد تبعیض قرار گرفته ام:

- | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ وضعیت صحتی (پزشکی) | ☐ جنس | ☐ ملیت اصلی |
| ☐ معلومات ژنتیکی | ☐ هویت جنسیتی | ☐ رنگ |
| ☐ دین | ☐ بیان جنسیتی | ☐ نژاد |
| ☐ وابستگی سیاسی | ☐ جهتگیری جنسی | ☐ نسب |
| ☐ ناتوانی | ☐ وضعیت تاهل | ☐ گروه قومی |
| ☐ هر مبنای کاربردی دیگر | ☐ همزیستی زوج | ☐ سن |

نمایندگی محل وقوع	تاریخ وقوع	عنوان	نام شخصی که تبعیض نموده است

به زبان خود توضیح دهید که چه اقدام(هایی) اتفاق افتاد که باعث شد فکر کنید که شما مورد تبعیض قرار گرفته اید.

مشخص کنید به دنبال چه راه حلی هستید؟

من می دانم که اطلاعات فوق تا جایی که می دانم و باور دارم دست و کامل هستند.

☐ من رضایت خود را برای انتشار نام یا دیگر اطلاعات شناسایی شخصی خود نمی دهم.
من می دانم که این شکایت ممکن است به دلیل امتناع من از دادن رضایت برای انتشار اطلاعات مورد بررسی قرار نگیرد.

☐ با امضای این شکایت، من به دفتر حقوق مدنی (CRB) اداره خدمات اجتماعی اجازه می دهم هویت و دیگر اطلاعات شخصی من را برای افراد در سازمان یا مؤسسه تحت تحقیق و دیگر سازمان های فدرال و ایالتی مطابق با قوانین و مقررات قابل اجرا فدرال و ایالتی فاش کند. بدینوسیله به CRB اجازه می دهم مطالب و اطلاعاتی از جمله، اما نه محدود به برنامه ها، را دریافت کند. به این وسیله به CRB اجازه می دهم مطالب و اطلاعاتی از جمله، اما نه محدود به، درخواست ها، سوابق دوسیه ها (پرونده)، سوابق شخصی و سوابق صحتی (پزشکی) را دریافت کند. مطالب و اطلاعات باید برای پیروی از حقوق عامه (مدنی) و فعالیت های اجرایی مجاز استفاده شود. من می دانم که مجبور به اجازه دادن به انتشار این مطلب نبوده و داوطلبانه این کار را می کنم.

تاریخ	امضای شکایت کننده
-------	-------------------