

भेदभाव की शिकायत

नाम	प्रोग्राम का प्रकार
सड़क का पता	केस संख्या
शहर, राज्य, ज़िप कोड	फोन नंबर

मेरा मानना है कि मेरे साथ निम्नलिखित के आधार पर भेदभाव किया गया है:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ राष्ट्रीय मूल | ☐ लिंग | ☐ चिकित्सा स्थिति |
| ☐ रंग | ☐ लिंग पहचान | ☐ आनुवांशिक जानकारी |
| ☐ नस्ल | ☐ लिंग अभिव्यक्ति | ☐ धर्म |
| ☐ वंशावली | ☐ यौन रुचि | ☐ राजनीतिक संबद्धता |
| ☐ जातीय समूह | ☐ वैवाहिक स्थिति | ☐ विकलांगता |
| ☐ आयु | ☐ घरेलू पार्टनरशिप | ☐ कोई भी अन्य लागू आधार _____ |

भेदभाव करने वाले व्यक्ति का नाम	शीर्षक	घटना की तारीख	घटना का स्थान एजेंसी

अपने शब्दों में वर्णन करें कि वह(वे) कौन-सा(से) कार्य घटित हुआ(हुए) है(हैं) जिसके(जिनके) कारण आपको लगता है कि आपके साथ भेदभाव किया गया है।

बताएं कि आप कौन-सा समाधान चाहते हैं।

मैं यह समझता/समझती हूँ कि उपर्युक्त जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही और पूर्ण है।

- ☐ मैं अपना नाम या व्यक्तिगत रूप से पहचान कराने वाली अन्य जानकारी जारी करने के लिए अपनी सहमति नहीं देता/देता हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि हो सकता है कि जानकारी जारी करने के लिए मेरी सहमति देने से मना करने के परिणामस्वरूप इस शिकायत की जाँच न की जाए।
- ☐ इस शिकायत पर हस्ताक्षर करके, मैं CDSS नागरिक अधिकार ब्यूरो (Civil Rights Bureau, CRB) को लागू संघीय और राज्य कानूनों और विनियमों के अनुसार अपनी पहचान और अन्य व्यक्तिगत जानकारी को जाँच के अधीन संगठन या संस्थान के लोगों और अन्य संघीय और राज्य एजेंसियों के समक्ष प्रकट करने के लिए अधिकृत कर रहा/रही हूँ। मैं इसके द्वारा CRB को आवेदन, केस फाइल, व्यक्तिगत रिकॉर्ड और चिकित्सा रिकॉर्ड सहित, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं, सामग्री और जानकारी प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। सामग्री और जानकारी का उपयोग अधिकृत नागरिक अधिकार अनुपालन और प्रवर्तन गतिविधियों के लिए किया जाएगा। मैं समझता/समझती हूँ कि मुझसे इस रिलीज़ को अधिकृत करना अपेक्षित नहीं है और मैं इसे स्वेच्छा से करता/करती हूँ।

शिकायतकर्ता के हस्ताक्षर	तारीख
--------------------------	-------