

คำร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ

ชื่อ	ประเภทโปรแกรม
เลขที่และถนน	เลขที่เคส
เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์	เบอร์โทรศัพท์

ฉันเชื่อว่าฉันถูกเลือกปฏิบัติ ด้วยเหตุแห่ง:

- ☐ แหล่งกำเนิด
- ☐ เพศ
- ☐ ภาวะทางการแพทย์
- ☐ สีผิว
- ☐ อัตลักษณ์ทางเพศ
- ☐ ข้อมูลพันธุกรรม
- ☐ เชื้อชาติ
- ☐ การแสดงออกทางเพศ
- ☐ ศาสนา
- ☐ บรรพบุรุษ
- ☐ รสนิยมทางเพศ
- ☐ พรรคการเมืองที่สังกัด
- ☐ กลุ่มชาติพันธุ์
- ☐ สถานภาพการสมรส
- ☐ ภาวะทุพพลภาพ
- ☐ อายุ
- ☐ การอยู่กินกันโดยไม่ได้แต่งงานกัน
- ☐ เหตุอื่น _____

ชื่อผู้ที่เลือกปฏิบัติ	ตำแหน่ง	วันที่เกิดเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ หน่วยงาน

โปรดอธิบายด้วยคำพูดของคุณเองว่า เกิดการกระทำอะไรขึ้นที่ทำให้คุณเชื่อว่าคุณถูกเลือกปฏิบัติ

ระบุว่าคุณต้องการช่วยอย่างไร

ฉันเข้าใจว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงและครบถ้วนเท่าที่ฉันทราบและเชื่อ

- ☐ ฉันไม่ยินยอมให้เปิดเผยชื่อของฉันหรือข้อมูลส่วนตัวอื่น ๆ ที่ระบุถึงตัวฉันได้ ฉันเข้าใจว่า ถ้าฉันไม่ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าว อาจส่งผลให้ไม่มีการสืบสวนคำร้องนี้
- ☐ การเซ็นชื่อในคำร้องนี้หมายความว่า ฉันอนุญาตให้สำนักงานสิทธิพลเมือง (Civil Rights Bureau หรือ CRB) ของ CDSS เปิดเผยชื่อและข้อมูลส่วนตัวอื่น ๆ ของฉันต่อบุคคลในองค์กรหรือสถาบันที่ถูกสืบสวน และต่อหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐบาลกลางและของรัฐ ตามกฎหมายและข้อบังคับที่มีผลบังคับใช้ของรัฐบาลกลางและของรัฐ ณ ที่นี้ ฉันอนุญาตให้ CRB รับเอกสารและข้อมูลต่าง ๆ รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงใบสมัคร แฟ้มคดี ระเบียบส่วนบุคคล และเวชระเบียน จะใช้เอกสารและข้อมูลดังกล่าวสำหรับการกระทำที่ได้รับอนุญาตเพื่อบังคับใช้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยสิทธิพลเมือง ฉันเข้าใจว่าฉันไม่จำเป็นต้องอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าว และฉันสมัครใจอนุญาตให้กระทำได้

ลายเซ็นของผู้ร้องเรียน	วันที่
------------------------	--------