

فرم شکایت عنوان 6

عنوان 6 از قانون حقوق مدنی 1964 ملزم می‌دارد که «هیچکس در ایالات متحده نباید به دلیل نژاد، رنگ پوست یا کشور زادگاه، در هر برنامه یا فعالیتی که در آن کمک مالی فدرال دریافت می‌شود از مشارکت محروم شود، از مزایا کنار گذاشته شود یا مورد تبعیض واقع شود.»

برای کمک به ما در رسیدگی به شکایت شما، اطلاعات زیر ضروری است. اگر در پر کردن این فرم به کمک نیاز دارید، لطفاً به ما اطلاع دهید.

این فرم را کامل کنید و به اداره حمایت از مشتریان به این نشانی بفرستید

P.O. Box 2110, Sacramento, CA 95812 or in person 1221 R Street, Sacramento, CA 95811.

1. نام شاکی: _____

2. نشانی: _____

3. شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

4. شماره تماس: _____ همراه _____ خانه _____ کار _____

5. شخصی که مورد تبعیض قرار گرفته است (اگر غیر از شاکی باشد):

نام: _____

نشانی: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

6. کدام یک از موارد زیر، علتی را که به نظر شما به خاطر آن تبعیض صورت گرفته است به بهترین شکل بیان می‌کند؟ به دلیل کدام یک از موارد زیر:

_____ آ. نژاد:

_____ ب. رنگ پوست:

_____ پ. کشور زادگاه:

7. تبعیض مورد ادعا در چه تاریخی رخ داد؟

8. تبعیض مورد ادعا را از نظر خود شرح دهید. توضیح دهید چه رخ داد و معتقدید چه کسی مسئول بود. در صورت نیاز به فضای بیشتر، لطفاً از پشت این فرم استفاده کنید.

9. آیا این شکایت را نزد یک نهاد فدرال، ایالتی یا محلی، یا نزد یک دادگاه فدرال یا ایالتی ثبت کرده‌اید؟
بله _____ خیر _____

اگر بله، هر کدام را که شامل می‌شوند علامت بزنید:

نهاد فدرال _____ دادگاه فدرال _____ نهاد ایالتی _____
دادگاه ایالتی _____ نهاد محلی _____

10. لطفاً اطلاعات مربوط به یک فرد تماس را در نهاد/دادگاهی که شکایت در آنجا ثبت شده است ارائه کنید.

نام _____

نشانی: _____ شهر: _____

ایالت: _____ کد پستی: _____ شماره تلفن: _____

11. لطفاً در زیر امضاء کنید. می‌توانید هر سند کتبی یا هر اطلاعاتی را که فکر می‌کنید به شکایت شما مربوط است، پیوست کنید.

_____ تاریخ

_____ امضاء شاکی