

فُرم شکایت مربوط به تبعیض

اگر سوالاتی دارید یا درباره این فُرم به کمک نیاز دارید، لطفا با Cameron Moore، Non-Discrimination Coordinator (هماهنگ‌کننده عدم تبعیض) به شماره 804-914-2770 (TTY: 1-800-828-1120) یا Civil_Rights@vdh.virginia.gov تماس بگیرید.

لطفا تایپ یا چاپ کنید. همچنین می‌توانید شکایت خود را از طریق تلفن با شماره مذکور در بالا ثبت کنید.

شکایت	
	* نام:
	* نام خانوادگی:
	(لطفا یک شماره تلفن یا آدرس ایمیل ارائه کنید)
	تلفن (شامل کد ناحیه):
	آدرس ایمیل:
	* آدرس خیابان (خط 1):
	* آدرس خیابان (خط 2):
	* شهر:
	* ایالت:
	* کد پستی:
	آیا این شکایت را از طرف یک نفر دیگر ثبت می‌کنید؟ (اگر بله، قسمت‌های زیر را تکمیل کنید)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
	نام طرف متضرر:
	نام خانوادگی طرف متضرر:
	نسبت شاکی با طرف متضرر:

معلومات شاکی	
* من معتقدم که من (یا طرف متضرر)، بر اساس موارد زیر مورد تبعیض قرار گرفته‌ام (گرفته است):	
<input type="checkbox"/> نژاد / رنگ پوست	<input type="checkbox"/> ملیت اصلی (شامل مهارت محدود انگلیسی)
<input type="checkbox"/> سن	<input type="checkbox"/> مذهب
<input type="checkbox"/> جنسیت	<input type="checkbox"/> معلولیت
<input type="checkbox"/> سایر (مشخص کنید)	
از نظر شما چه کسی علیه شما تبعیض انجام داده است؟	
نام و نام خانوادگی شخص یا نام سازمان:	
	* آدرس خیابان (خط 1):
	* آدرس خیابان (خط 2):

*شهر:	
*ایالت:	
*کد پستی:	
تلفن (شامل کد ناحیه):	
از نظر شما تبعیض چه زمان رخ داد؟ (اگر مایلید بیشتر از سه تاریخ را گزارش کنید، آنها را در بخش توضیحات شکایت در زیر اضافه کنید)	
*تاریخ(های) تخلف:	
*آنچه را رخ داد، به طور خلاصه شرح دهید. از نظر شما، اقدامات شرح داده شده چگونه و چرا باعث تبعیض می‌شوند؟ لطفاً تا جای ممکن واضح و دقیق اعلام کنید. (در صورت لزوم، صفحات اضافه ضمیمه کنید)	

ثبت یک شکایت نزد اداره سلامت ویرجینیا داوطلبانه است. اداره سلامت ویرجینیا از معلوماتی که ارائه می‌کنید، برای تعیین این که اداره سلامت ویرجینیا حق رسیدگی دارد یا نه، و اگر دارد، چگونگی رسیدگی به شکایت شما را تعیین خواهد کرد. معلومات ارائه شده در این فُرْم، محرمانه استفاده خواهند شد. نام‌ها یا سایر معلومات هویتی درباره افراد، فقط زمانی افشا می‌شوند که برای تحقیق درباره وقوع تبعیض احتمالی یا سایر کاربردهایی که افشا معلومات برای آنها از نظر قانون مجاز است، ضروری باشند.

امضاء	
من تایید می‌کنم که معلومات ارائه شده در این شکایت، تا جایی که می‌دانم درست و دقیق است. من به اداره سلامت ویرجینیا اجازه می‌دهم همه سوابق یا معلومات لازم برای بررسی کامل شکایت من را به دست آورد.	
امضای شاکی	تاریخ امروز

لطفاً فُرْم تکمیل و امضاء شده خودتان را از طریق یکی از روش‌های زیر تحویل دهید:

- پست: ATTN: Non-Discrimination Coordinator (هماهنگ کننده عدم تبعیض), VDH, 109 Governor St., Richmond, VA 23219
- ایمیل: Civil_Rights@VDH.Virginia.gov
- فاکس: (804) 864-7022

دلیل خوب برای ثبت دیرنگام
* اگر این شکایت را دیرتر از 90 روز پس از وقوع تبعیض مورد ادعا ثبت می‌کنید، لطفاً توضیح دهید که چرا نتوانستید شکایت را به موقع ثبت کنید.