



**فرم شکایت حقوق و مدنی دسترسی به خدمات
برای**

**شکایات مربوط به قانون آمریکایی‌های دچار معلولیت، بخش 504 قانون توان‌بخشی، عنوان VI قانون حقوق مدنی،
دسترسی زبانی و تبعیض علیه گروه‌های حمایت‌شده**

در صورت نیاز به کمک در تکمیل این فرم یا نیاز به فرم به زبان یا فرمت دیگر، لطفاً با ایمیل dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov یا شماره رایگان 731-3202 (866) تماس بگیرید.

نام خانوادگی: _____ نام: _____

این فرم را از طرف خودتان یا از طرف شخص دیگری تکمیل می‌کنید؟ خودم فرد دیگر

نام فرد دیگر: نام خانوادگی: _____ نام: _____

تاریخ امروز: _____ (این فرم را باید ظرف یک سال از وقوع رویداد تبعیض‌آمیز ادعا شده ثبت کنید.)

نشانی فردی که اعتقاد دارد مورد تبعیض قرار گرفته است:

خیابان _____ شماره آپارتمان _____

شهر _____ ایالت _____ زیپ‌کد _____

ایمیل _____

تلفن (_____) _____ روش ارتباط ترجیحی: _____

رابطه/ارتباط با DCYF: _____

شماره پرونده (در صورت وجود): _____

مینا یا دلیل تبعیض:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> وضعیت کهنه‌سرباز یا نظامی | <input type="checkbox"/> نژاد/رنگ پوست |
| <input type="checkbox"/> معلولیت | <input type="checkbox"/> ملیت |
| <input type="checkbox"/> استفاده از سگ راهنما/حیوان کم‌کمرسان | <input type="checkbox"/> جنسیت: |
| <input type="checkbox"/> وضعیت مهاجرت/شهروندی | <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> X/غیرباینری |
| <input type="checkbox"/> مادر شیرده | <input type="checkbox"/> بارداری |
| <input type="checkbox"/> اعتقاد/دین | <input type="checkbox"/> هویت جنسیتی |
| <input type="checkbox"/> زبان گفتاری یا نوشتاری ترجیحی | <input type="checkbox"/> گرایش جنسی |

لطفاً شرح مختصری از اتفاقی که از نظر شما تبعیض‌آمیز بوده است، ارائه دهید:

کارمند(ان) DCYF دخیل: _____

مکان دفتر: _____

تاریخ وقوع رویداد/آسیب: _____

مکان وقوع رویداد/آسیب: _____

نزد سازمان دیگری شکایت کرده‌اید؟ اگر شکایت کرده‌اید، کدام سازمان؟ _____

لطفاً فرم شکایت خود را به dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov ارسال کنید

یا

آن را از طریق پست به نشانی **Service Access and Civil Rights, DCYF, PO Box 40993, Olympia, WA 98504-0983** ارسال نمایید

DCYF باید ظرف یک سال از رویدادی که از نظر شما تبعیض‌آمیز بوده است، شکایت شما را دریافت کند. ظرف 15 روز کاری از زمان دریافت این فرم با شما تماس خواهیم گرفت.

در صورت تمایل، می‌توانید شکایت ناشناس تکمیل کنید؛ برای این کار، کافی است قسمت اطلاعات شخصی را خالی بگذارید. اما لطفاً در نظر داشته باشید اگر شکایت ناشناس ثبت کنید، ممکن است بدون امکان مصاحبه با شما جهت کسب تمام اطلاعات ضروری، نتوانیم شکایت را به‌طور کامل بررسی کنیم. البته قادر نخواهیم بود برای اطلاع‌رسانی درباره نتیجه شکایت با شما تماس بگیریم.

اگر کارمند DCYF هستید و شکایتی دارید یا نیاز به امکانات و تطبیق معقول در محل کار دارید، با منابع انسانی DCYF به نشانی ایمیل dcyf.reasonableaccommodation@dcyf.wa.gov ارتباط برقرار کنید

اگر شکایتی غیرمرتبط با تبعیض علیه گروه‌های حمایت‌شده یا دسترسی زبانی دارید، از طریق ایمیل constrelations@dcyf.wa.gov با روابط عمومی DCYF تماس بگیرید

اگر مشتری، ارباب رجوع یا فردی از عموم هستید و به امکانات و تعدیل معقول از طرف DCYF برای معلولیت نیاز دارید، با dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov تماس بگیرید