

Friends of Adult Day Health Care Centers

Title VI Complaint Form - FARSI

برنامه عنوان ششم

فرم شکایت عنوان ششم دوستان مراکز نگهداری روزانه بزرگسالان

قسمت ۱ لطفاً خوانا بنویسید		
۱. نام :		
۲. آدرس :		
۳. تلفن : ۳. الف . موبایل (دلخواه)		
۴. آدرس الکترونیکی :		
۵. چگونگی دسترسی به فرمت () کپی بزرگ	() نوار صوتی	
مورد نیاز؟ () تی دی دی	() دیگر	
قسمت ۲		
۶. آیا شما به شخصه این فرم را پر می کنید ؟ بلی خیر		
* اگر جواب شما به شماره ۶ بلی است به قسمت ۳ بروید.		
۷. اگر جواب شما به شماره ۶ خیر است چه کسی برای شما این فرم را پر کرده است ؟		
نام :		
۸. چه رابطه خیشاوندی با شما دارد :		
۹. لطفاً توضیح دهید چرا این فرم را برای شما پر می کند :		
۱۰. لطفاً تأیید کنید اجازه پر کردن از طرف آن را دارید.		
بلی	ام پی	
قسمت ۳		
۱۱. من معتقدم که تبعیض صورت گرفته بر پایه (علامت بزنیید)		
() نژاد	() رنگ	() ملیتی
۱۲. تاریخ ادعا تبعیض : (ماه/ روز/ سال)		
۱۳. تا آنجا که امکان دارد به طور شفاف اتفاق پیش آمده را توضیح دهید که چرا معتقدید که مورد تبعیض واقع شدید. افرادی را که در این مورد دخیل بودند را مشخص کنید. شامل نام و مشخصات ارتباطی فرد و یا افرادی که شما را مورد تبعیض قرار داده اند (اگر می شناسید) ؛ در صورت امکان اسم و مشخصات شاهدان را عنوان کنید . اگر به جای بیشتری برای توضیحات نیاز دارید لطفاً از پشت این فرم استفاده کنید.		

قسمت ۴
۱۴. آیا شما قبلاً هم شکایت نامه عنوان ششم را با دوستان نگهداری روزانه را مطرح کرده اید ؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
قسمت ۵
۱۵. آیا شما شکایت نامه دیگری را با فدرال ، ایالت ، یا آژانس محلی ، یا با هر دادگاه فدرال یا ایالت را پر کرده اید ؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بله هر کدام را که شامل می شود را علامت بزنید : آژانس فدرال [] _____ آژانس ایالتی [] _____ آژانس محلی [] _____ دادگاه فدرال [] _____ دا دگاه ایالتی [] _____
۱۶. اگر جواب شماره ۱۵ بله است مشخصات ارتباطی شخصی که در آژانس / ایالت فرم را پر کرده اعلام کنید.
نام :
عنوان :
آژانس :
آدرس :
تلفن :
ایمیل :
قسمت ۶
نام راننده مورد شکایت :
فرد مورد تماس :
تلفن :

شما می توانید شکایت خود را به صورت کتبی و یا هر نوع اطلاعات دیگری را که در این رابطه است را ارایه دهید.

برای کامل شدن فرم امضاء و تاریخ گذاری را در زیر انجام دهید:

امضاء _____ تاریخ _____

لطفاً این فرم را شخصاً ارایه داده و یا فرم را به آدرس زیر پست نمایید:

Title VI Program Administrator
12250 Crosthwaite Circle
Poway, CA 92064