

भेदभाव शिकायत का फॉर्म

अगर आपके कोई परश्र हैं या इस फॉर्म में सहायता चाहिए, तो कृपया 804-489-7269 (TTY: 1-800-828-1120) या Civil_Rights@vdh.virginia.gov पर **कैमरूनमूर**, Non-Discrimination Coordinator [गैर-भेदभाव संयोजक] से **संपर्क करें**।
कृपया टाइप या मुद्रित करें। आप ऊपर बताए गए नंबर पर टेलिफोन केजरिए भी शिकायत दर्ज कर सकते हैं।

शिकायतकर्ता	
*पहला नाम:	
*आखिरी नाम:	
(कृपया कोई फोन नंबर या ईमेल पता प्रदान करें)	
फोन (क्षेत्र का कोड डालें):	
ईमेल पता:	
*स्ट्रीट पता लाइन 1:	
*स्ट्रीट पता लाइन 2:	
*शहर:	
*राज्य:	
*ZIP:	
क्या आप किसी और की ओर से यह शिकायत दर्ज कर रहे हैं? (अगर हां, तो नीचे दिए गए क्षेत्र भरें)	हां ☐ नहीं ☐
प्रभावित पक्ष का पहला नाम:	
प्रभावित पक्ष का आखिरी नाम:	
प्रभावित पक्ष से शिकायतकर्ता का संबंध:	

शिकायत का विवरण	
*मेरा मानना है कि मेरे (या प्रभावित पार्टी) के साथ निम्नलिखित आधार पर भेदभाव किया गया है:	
☐ जाति / रंग	☐ राष्ट्रीय मूल (सीमित अंग्रेजी प्रवीणता के साथ)
☐ उम्र	☐ धर्म
☐ लिंग	☐ दिव्यांगता
☐ अन्य (बताएं)	
आपके अनुसार आपके साथ किसने भेदभाव किया?	
व्यक्ति का पहला और आखिरी नाम या एजेंसी/संगठन का नाम:	
*स्ट्रीट पता लाइन 1:	
*स्ट्रीट पता लाइन 2:	
*शहर:	
*राज्य:	
*ZIP:	

वर्जीनिया स्वास्थ्य विभाग
भेदभाव शिकायत का फॉर्म

फोन (क्षेत्र का कोड डालें):	
आपके अनुसार भेदभाव कब हुआ?	
<i>(अगर आप तीन से अधिक तारीखें बताना चाहते हैं, तो उन्हें नीचे दी गई शिकायत के विवरण में बताएं)</i>	
*उल्लंघन की तारीख(खें):	
*संक्षेप में बताएं कि क्या हुआ। आप कैसे और क्यों मानते हैं कि बताई गई हरकतों से भेदभाव होता है? कृपया जितना संभव हो सही-सही बताएं। (ज़रूरत पड़ने पर अतिरिक्त पृष्ठ लगाएं)	

VDH के पास शिकायत दर्ज करना स्वैच्छिक है। VDH आपके द्वारा प्रदान की जाने वाली जानकारी का उपयोग यह निर्धारित करने के लिए करेगा कि क्या यह VDH का अधिकार क्षेत्र है और यदि हां, तो हम आपकी शिकायत को कैसे संसाधित करेंगे। इस फॉर्म में प्रस्तुत जानकारी को गोपनीय माना जाता है। व्यक्तियों के बारे में नामों या अन्य पहचान करने वाली जानकारी का खुलासा कानून द्वारा प्रकटीकरण की अनुमति से तभी किया जाता है जब संभावित भेदभाव और अन्य उपयोगों की जांच के लिए यह ज़रूरी हो।

हस्ताक्षर	
मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि इस शिकायत में दी गई जानकारी मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य और सटीक है। मैं स्वास्थ्य विभाग को अपनी शिकायत की पूरी जांच के लिए ज़रूरी कोई भी रिकॉर्ड या जानकारी प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता हूँ।	
शिकायतकर्ता के हस्ताक्षर	आज की तारीख

कृपया निम्नलिखित में से किसी एक के जरिए अपना पूर्ण और हस्ताक्षरित शिकायत फॉर्म जमा करें:

- मेल: ध्यानार्थ: Non-Discrimination Coordinator [गैर-भेदभाव संयोजक], VDH, 109 Governor St., Richmond, VA 23219
- ईमेल: Civil_Rights@VDH.Virginia.gov
- फैक्स: (804) 864-7022

देर से दर्ज करने का उचित कारण
*अगर आप कथित भेदभाव के बाद 90 दिनों से अधिक समय के बाद यह शिकायत दर्ज कर रहे हैं, तो कृपया यह बताएं कि आप शिकायत समय पर दर्ज क्यों नहीं कर पाए।