



**County of Orange**  
**SOCIAL SERVICES AGENCY**

PROGRAM INTEGRITY  
1928 S Grand Ave; Bld A  
Santa Ana, CA 92705  
P.O. BOX 22001  
Santa Ana, CA, 92705

**گیرنده: هماهنگ کننده حقوق مدنی**

موضوع: شکایت از اعمال تبعیض

نام: \_\_\_\_\_

شماره پرونده: \_\_\_\_\_

نوع کمک دریافتی:  CalWORKs  CalFresh  Medi-Cal  General Relief  IHSS  APS

Child Care  Welfare-to-Work  Children and Family Services  Other \_\_\_\_\_

اینجانب باور دارم که بخاطر موارد زیر مورد تبعیض قرار گرفته ام:  سن  نژاد  مذهب  اجداد و نیاکان

تمایلات جنسی  شریک زندگی  ملیت اولیه  زبان  وابستگی های سیاسی

جنسیت  هویت جنسی  ابراز هویت جنسی  معلولیت (شامل ابتلاء به اچ آی وی)  وضعیت تأهل

رنگ پوست  هویت قومی  وضعیت سلامتی  اطلاعات ژنتیک  وضعیت مهاجرتی

بر اساس موردی دیگر

محل وقوع/اداره مربوطه	تاریخ وقوع	عنوان شغلی	نام شخص تبعیض گزارنده

لطفاً توضیح دهید چه چیز باعث باور شما به اینکه مورد تبعیض قرار گرفته اید شده و چه راهی برای حل آن درخواست می کنید. (در صورت لزوم می‌توانید از پشت این صفحه برای توضیحات بیشتر استفاده کنید).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

اینجانب متوجه هستم که اطلاعات فوق برحسب آگاهی و باور من، کامل و مطابق با واقعیت می باشد.

من به انتشار نام و شناسائی سایر اطلاعات شخصی خود رضایت نداده و توجه دارم که به دلیل امتناع از دادن رضایت به انتشار اطلاعات مذکور این شکوائیه ممکن است به مرحله تحقیقات نرسد.

با امضاء این شکوائیه به اداره پروگرام اینتگریتی (پی آی) کانتی اورنج اجازه میدهم هویت و سایر اطلاعات شخصی مرا در اختیار افراد سازمانها و مؤسسات تحت بازرسی و سایر ادارات کشوری و ایالتی بر طبق مقررات جاری کشوری و ایالتی قرار دهد. من بدینوسیله به پی آی اجازه میدهم محتویات و اطلاعات من از جمله درخواست نامه، پرونده، سوابق شخصی، پزشکی و سایر موارد را دریافت کند. این محتویات و اطلاعات باید برای موارد منطبق با حقوق مدنی و امورات اجرایی استفاده شود. من متوجه هستم که اجبار به صدور این اجازه نداشته و داوطلبانه به آن رضایت میدهم.

امضاء \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

شماره های تلفن: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_