



Ծառայությունների Հասանելիության և Քաղաքական Իրավունքների Բողոքի Ձև համաձայն

**Հաշմանդամություն ունեցող Ամերիկացիների մասին Օրենքի, Վերականգնման
մասին Օրենքի 504-րդ Բաժնի, Քաղաքական Իրավունքների Օրենքի VI Գլխի, Լեզվի
Հասանելիության և Պաշտպանված Դասի Խտրականության Բողոքների համար**

Եթե տվյալ ձևաթուղթը լրացնելու համար օգնության կարիք ունեք կամ տվյալ ձևաթուղթը Ձեզ
անհրաժեշտ է այլ լեզվով կամ ֆորմատով, խնդրում ենք դիմել dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov կամ
զանգահարել (866) 731-3202 անվճար հեռախոսահամարով:

Անուն՝ Ազգանուն _____ Առաջին անուն _____

Արդյո՞ք այս ձևաթուղթը Դուք լրացնում եք Ձեր անունից, թե որևէ այլ անձի համար:

Ինձ համար Այլ անձի համար

Այդ անձի անունը՝ Ազգանուն _____ Առաջին անուն _____

Այսօրվա ամսաթիվը՝ _____ (Այս բողոքը պետք է լրացվի խտրականության ենթարկվելու
ենթադրյալ դեպքից հետո **մեկ տարվա ընթացքում**):

Այն անձի հասցեն, ով կարծում է, որ խտրականության է ենթարկվել:

Փողոց _____ Բն. # _____

Քաղաք _____ Նահանգ _____ Փոստային ինդեքս _____

Էլ. փոստ _____

Հեռախոսահամար (_____) _____ Կապի նախընտրելի ձև՝ _____

Հարաբերակցական կապը/ներառվածությունը Երեխաների, Երիտասարդների և Ընտանիքների
Վարչության (DCYF) հետ՝ _____

Գործի համարը (եթե կիրառելի է)՝ _____

Խտրականության հիմքը կամ պատճառը՝

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ռասա/Մաշկի գույն | <input type="checkbox"/> Վետերան կամ զինվորական կարգավիճակ |
| <input type="checkbox"/> Ազգային պատկանելիություն | <input type="checkbox"/> Հաշմանդամություն |
| <input type="checkbox"/> Սեռ՝ | <input type="checkbox"/> Ուղեկցորդ շան/Ծառայող կենդանու օգտագործում |
| <input type="checkbox"/> Արական՝ <input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> X/Անորոշ | <input type="checkbox"/> Ներգաղթման/Քաղաքացիական կարգավիճակ |
| <input type="checkbox"/> Հղիություն | <input type="checkbox"/> Կրճքով կերակրող մայր |
| <input type="checkbox"/> Գենդերային ինքնություն | <input type="checkbox"/> Հավատք/Կրոն |
| <input type="checkbox"/> Սեռական կոմսորոշում | <input type="checkbox"/> Նախընտրելի գրավոր կամ խոսակցական լեզու |

Խնդրում ենք հակիրճ ներկայացնել պատահածը, ինչը Ձեր կարծիքով խտրականությանը Ձեզ ենթարկել՝

Ներգրավված DCYF աշխատակիցները՝ _____

Գրասենյակի վայրը՝ _____

Կատարվածի/պատճառված վնասի օրը՝ _____

Կատարվածի/պատճառված վնասի տեղը՝ _____

Արդյո՞ք դիմել եք այլ գործակալության: Եթե այո, ապա ո՞ր գործակալության՝ _____

Խնդրում ենք ուղարկել Ձեր լրացված բողոքը՝ dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov

կամ

**Փոստով ուղարկել Ճառայությունների Հասանելիության և Քաղաքացիական Իրավունքների
Service Access and Civil Rights, DCYF, PO Box 40993, Olympia, WA 98504-0983**

Այս բողոքը պետք է ստացվի DCYF-ի կողմից խտրականության ենթարկվելու ենթադրյալ դեպքից հետո **մեկ տարվա** ընթացքում: Մենք կապ կհաստատենք Ձեզ հետ այս ձևաթուղթը ստանալու պահից 15 աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Ցանկության դեպքում Դուք կարող եք լրացնել անանուն բողոք. դա անելու համար պարզապես բաց թողեք անձնական տվյալները: Այնուամենայնիվ, խնդրում ենք հաշվի առնել, որ եթե Դուք որոշել եք ներկայացնել անանուն բողոք, հնարավոր է մենք չկարողանանք ամբողջությամբ հետաքննել այն, արձանց Ձեզ հետ հարցազրույց անցկացնելու՝ անհրաժեշտ տեղեկատվության ձեռք բերման նպատակով: Ինչպես նաև, մենք չենք կարողանա կապ հաստատել Ձեզ հետ բողոքի արդյունքների մասին տեղեկություն տրամադրելու համար:

Եթե Դուք հանդիսանում եք DCYF աշխատակից, ով ունի բողոք կամ ողջամիտ հարմարություններով աշխատատեղի կարիք, ապա դիմե՛ք DCYF-ի Մարդկային Ռեսուրսների բաժին՝ dcyf.reasonableaccommodation@dcyf.wa.gov

Եթե Դուք ունեք բողոք, որը չի առնչվում պաշտպանված դասի խտրականության կամ լեզվի հասանելիության հարցերին, ապա դիմե՛ք DCYF հիմնադիր հարաբերությունների բաժին՝ constrelations@dcyf.wa.gov

Եթե Դուք հանդիսանում եք հաճախորդ կամ հանրության անդամ, ով ունի **ողջամիտ փոփոխություններ կատարելու կարիք** DCYF-ի կողմից հաշմանդամության հարցերով, ապա դիմե՛ք dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov