

भेदभाव की शिकायत

जनता के लिए सेवा वितरण और सुविधा तक पहुँच के लिए नागरिक अधिकारों से संबंधित सभी लागू संघीय और राज्य कानूनों, विनियमों और कार्यकारी आदेशों का पालन करना Department of licensing (DOL) की नीति है। यदि आपको लगता है कि DOL ने DOL की सार्वजनिक सुविधाओं या सेवाओं तक पहुँच प्रदान करने में आपके साथ भेदभाव किया है, तो DOL को बता सकते हैं। इस फ़ॉर्म को भरें और निम्न पते पर मेल करें:

Civil Rights Compliance Coordinator

Department of Licensing

PO Box 9032

Olympia, WA 98507

ईमेल: CivilRtsCoord@dol.wa.gov **फ़ोन नंबर:** 844.200.4466

संपर्क जानकारी – यदि हमें आपसे सम्पर्क करने की आवश्यकता होती है		ट्रैकिंग नंबर (केवल DOL के लिए)
आपका नाम	10 अंकों का दिन के समय का फ़ोन नंबर	ईमेल
घर का पता (पता, शहर, राज्य, ज़िप कोड)		

घटना की जानकारी

घटना की तिथि (मम/दिदि/वववव)	घटना का समय <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	घटना स्थल
आधार/शिकायत का प्रकार (लागू होने वाले सभी का चयन करें)		क्या इस घटना के संबंध में आपने किसी अन्य एजेंसी में शिकायत दर्ज कराई है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि "हाँ" तो कौन सी एजेंसी?
<input type="checkbox"/> जाति/रंग	<input type="checkbox"/> लिंग	
<input type="checkbox"/> अक्षमता	<input type="checkbox"/> आयु	
<input type="checkbox"/> कम आय	<input type="checkbox"/> राष्ट्रियता/अंग्रेजी की सीमित दक्षता	
<input type="checkbox"/> अन्य (निर्दिष्ट करें)		
घटना का विवरण (बताएँ कि क्या हुआ)		
घटना से सम्बंधित किसी भी सहायक दस्तावेज का वर्णन दें और उन्हें इस फ़ॉर्म के साथ अटैच करें		

शामिल लोग, यदि लागू हो

उस व्यक्ति का नाम जिसे आप मानते हैं कि उसने आपके साथ भेदभाव किया है	शीर्षक	10 अंकों का फ़ोन नंबर
उस व्यक्ति का नाम जिसे आप मानते हैं कि उसने आपके साथ भेदभाव किया है	शीर्षक	10 अंकों का फ़ोन नंबर
उस व्यक्ति का नाम जिसे आप मानते हैं कि उसने आपके साथ भेदभाव किया है	शीर्षक	10 अंकों का फ़ोन नंबर
घटना के गवाह का नाम		10 अंकों का फ़ोन नंबर
घटना के गवाह का नाम		10 अंकों का फ़ोन नंबर
घटना के गवाह का नाम		10 अंकों का फ़ोन नंबर

X

हस्ताक्षर

दिनांक