



وزارت آموزش و پرورش آمریکا  
دفتر حقوق مدنی

فرم شکایت بر علیه موارد تبعیض

برای تسلیم شکایت نزد دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights - OCR) وزارت آموزش و پرورش آمریکا (U.S. Department of Education) حتماً لازم نیست از این فرم استفاده کنید. شما می توانید بجای این فرم، یک نامه یا ایمیل برای OCR ارسال کنید، اما باید اطلاعات خواسته شده در قسمت یک تا نه و قسمت چهارده این فرم را در نامه یا ایمیل خود بگنجانید. در صورت تمایل به استفاده از این فرم، لطفاً تمام اطلاعات را در آن نوشته یا تایپ کرده و در صورت نیاز به فضای بیشتر از برگه های اضافی استفاده نمایید. یک نسخه اینترنتی این فرم که می توان از آن برای ارسال الکترونیکی استفاده کرد در این آدرس موجود است:

<http://www.ed.gov/about/offices/list/ocr/complaintintro.html>

لطفاً پیش از تکمیل این فرم، کلیه اطلاعات موجود در بسته پیوست را که شامل موارد زیر می باشد مطالعه فرمایید:  
اطلاعات درباره روال های شکایات OCR، اعلامیه استفاده از اطلاعات شخصی و فرم رضایت نامه.

1. نام شخص تسلیم کننده این شکایت:

نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_ نام میانی: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ کدپستی: \_\_\_\_\_

تلفن منزل: \_\_\_\_\_ تلفن محل کار: \_\_\_\_\_

آدرس ایمیل: \_\_\_\_\_

2. نام شخصی که مورد تبعیض قرار گرفته است (اگر شخصی بغير از تسلیم کننده شکایت است). اگر سن شخصی که مورد تبعیض قرار گرفته است 18 سال یا بیشتر است، برای اینکه بتوانیم این شکایت را مورد رسیدگی قرار دهیم به امضای ایشان در این فرم شکایت و فرم رضایت نامه/ارائه اطلاعات نیاز خواهیم داشت. اگر شخص زیر سن قانونی است، و شما فاقد اجازه قانونی تسلیم شکایت به نمایندگی از سوی دانش آموز هستید، به امضای ولی یا قیم قانونی کودک نیاز خواهد بود.

نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_ نام میانی: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ کدپستی: \_\_\_\_\_

تلفن منزل: \_\_\_\_\_ تلفن محل کار: \_\_\_\_\_

آدرس ایمیل: \_\_\_\_\_

3. OCR به شکایت های مطرح شده درباره موارد تبعیض بر علیه موسسات و سازمان هایی که از وزارت آموزش و پرورش آمریکا بوجه دریافت می کنند، و نهادهای آموزش عمومی و کتابخانه هایی که مشمول مفاد عنوان II قانون آمریکایی های معلول و ناتوان (Americans with Disabilities Act) هستند رسیدگی می کند. لطفاً موسسه یا سازمانی که مرتکب تبعیض مورد ادعا شده است را معرفی نمایید. اگر قادر به پذیرفتن شکایت شما نباشیم، سعی خواهیم کرد آنرا به سازمان های مربوطه ارجاع دهیم و در این صورت شما را در جریان خواهیم گذاشت.

نام موسسه: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ کدپستی: \_\_\_\_\_

اداره/مدرسه: \_\_\_\_\_

4. اعمال تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، جنسیت، ناتوانی و معلولیت، سن و یا به دلیل اقدامات و اهداف تلافی جویانه، در مقرراتی که OCR اجرای آنها را بر عهده دارد، ممنوع تلقی می شود. لطفاً اساس و مبنای شکایت خود را ذکر کنید:

تبعیض بر اساس نژاد (لطفاً شرح دهید)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

تبعیض بر اساس رنگ پوست (لطفاً شرح دهید)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

تبعیض بر اساس اصلیت ملی (لطفاً شرح دهید)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

تبعیض بر اساس جنسیت (لطفاً شرح دهید)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

تبعیض بر اساس ناتوانی و معلولیت (لطفاً شرح دهید)

---

---

---

تبعیض بر اساس سن (لطفاً شرح دهید)

---

---

---

اقدامات و اهداف تلافی جویانه به دلیل آنکه یک شکایت تسلیم کرده و یا بر احقاق حقوق خود پافشاری کرده اید (لطفاً شرح دهید)

---

---

---

تخلف از قانون دسترسی برابر پسران پیشاهنگ آمریکا (Boy Scouts of America Equal Access Act) (لطفاً شرح دهید)

---

---

---

5. لطفاً هر اقدام تبعیض آمیز مورد ادعا را شرح دهید. برای هر مورد، لطفاً تاریخ(های) وقوع اقدامات تبعیض آمیز، نام(های) فرد(افراد) مربوطه، و دلیل آنکه تصور می کنید تبعیض بر اساس نژاد، ناتوانی و معلولیت، سن، جنسیت و غیره بوده است را ذکر کنید. همچنین لطفاً نام هر فرد(افراد) حاضر و شاهد بر اقدام(های) تبعیض آمیز را قید بفرمایید.

---

---

---

---

---

---

---

6. آخرین تاریخی که در آن مورد تبعیض قرار گرفته اید چه موقع بوده است؟

تاریخ:

---

7. اگر تاریخ بیش از 180 روز قبل است، می توانید درخواست معافیت از الزام تسلیم را بنمایید.

من درخواست معافیت از مهلت زمانی 180 روزه تسلیم این شکایت را دارم. لطفاً بفرمایید که چرا تا الان برای تسلیم شکایت صبر کرده اید.

---

---

---

8. آیا سعی کرده اید مسائل مورد ادعا را از طریق روال شکایات داخلی، تجدیدنظرخواهی و یا تشریفات رسیدگی قانونی با موسسه مربوطه حل کنید؟

بله  خیر

اگر پاسخ بله داده اید، لطفاً ادعاهای مطرح شده در شکایت یا رسیدگی خود، تاریخ تسلیم آن، و وضعیت را اعلام بفرمایید. لطفاً در صورت امکان یک نسخه از شکایت یا درخواست تجدیدنظر یا تشریفات رسیدگی قانونی خود و اگر تکمیل شده اند، یک نسخه از تصمیم اتخاذ شده در این خصوص را ارائه کنید.

---

---

---

9. اگر ادعاهای موجود در این شکایت قبلاً نزد هر سازمان فدرال، ایالتی یا محلی حقوق مدنی، یا هر دادگاه فدرال و یا ایالتی تسلیم شده اند، لطفاً جزییات و تاریخ ها را ذکر کنید. ما بر اساس ادعاهای خاص مطرح شده در شکایت شما و اقدامات انجام شده توسط سازمان های دیگر یا دادگاه ها، در مورد اینکه آیا می توانیم شکایت شما را مورد بررسی قرار دهیم یا خیر تصمیم گیری خواهیم کرد.

سازمان یا دادگاه:

---

تاریخ تسلیم:

---

شماره پرونده یا شماره مرجع:

---

نتایج تحقیقات/یافته های سازمان یا دادگاه:

---

---

10. لطفاً نام و شماره تلفن یک شخص دیگر (از بستگان یا دوستان) که از نحوه و زمان تماس با شما آگاه است را در اختیار ما قرار دهید تا در صورتی که نتوانستیم در منزل یا محل کار با شما تماس بگیریم، از ایشان کمک بگیریم. ارائه این اطلاعات الزامی نیست اما برای کار ما مفید خواهد بود.

نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_ نام میانی: \_\_\_\_\_

تلفن منزل: \_\_\_\_\_ تلفن محل کار: \_\_\_\_\_

11. مایل هستید موسسه در ارتباط با شکایت شما چه اقدامی انجام دهد - چه راه حلی را مناسب می دانید؟

---

---

---

---

12. شکایت های فاقد امضا از نظر ما قابل قبول نیستند. لطفاً شکایت خود را در قسمت زیر امضا کرده و تاریخ بزنید.

\_\_\_\_\_ (تاریخ) \_\_\_\_\_ (امضا)

\_\_\_\_\_ (تاریخ) \_\_\_\_\_ (امضای شخص یاد شده در قسمت 2)

لطفاً فرم تکمیل و امضا شده شکایت بر علیه موارد تبعیض، فرم امضا شده رضایت نامه و نسخه هایی از هر اطلاعات کتبی یا اسناد و مدارکی را که تصور می کنید به درک هر چه بهتر شکایت توسط OCR کمک خواهند کرد به دفتر اجراییات OCR مسئول ایالتی پست کنید که موسسه یا سازمان مورد شکایت شما در آنجا واقع شده است. برای آگاهی از اطلاعات پستی دفتر صحیح اجراییات می توانید به وب سایت OCR در آدرس <http://wdcrocolp01.ed.gov/CFAPPS/OCR/contactus.cfm> مراجعه فرمایید.