



संयुक्त राज्य शिक्षा विभाग
नागरिक अधिकार
कार्यालय

भेदभाव शिकायत फ़ॉर्म

आपको यू.एस. शिक्षा विभाग के नागरिक अधिकार कार्यालय (OCR) में शिकायत दाखिल करने के लिए इस फ़ॉर्म का इस्तेमाल नहीं करना है। आप OCR को इस फ़ॉर्म के बजाय पत्र या ई-मेल भेज सकते हैं, लेकिन पत्र या ई-मेल में इस फ़ॉर्म के आइटम एक से नौ तक और आइटम चौदह की जानकारी शामिल होनी चाहिए। अगर आप इस फ़ॉर्म का इस्तेमाल करने का फैसला करते हैं, तो कृपया सभी जानकारी टाइप या प्रिंट करें और अगर ज़्यादा जगह की ज़रूरत हो तो अतिरिक्त पृष्ठों का इस्तेमाल करें। इस फ़ॉर्म का ऑन-लाइन संस्करण यहाँ मिल सकता है, जिसे इलेक्ट्रॉनिक रूप से प्रस्तुत किया जा सकता है: <http://www.ed.gov/about/offices/list/ocr/complaintintro.html>.

इस फ़ॉर्म को भरने से पहले कृपया संलग्न पैकेट में समाहित सभी जानकारी पढ़ें, जिसमें शामिल है: OCR की शिकायत समाधान प्रक्रिया के बारे में जानकारी, निजी जानकारी और सहमति फ़ॉर्म का इस्तेमाल करने की अधिसूचना।

1. इस शिकायत दाखिल करने वाले व्यक्ति का नाम:

अंतिम नाम: _____ प्रथम नाम: _____ मध्य नाम: _____

पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____ घर का

टेलीफ़ोन: _____ कार्य का टेलीफ़ोन: _____

ई-मेल पता:

2. उस व्यक्ति का नाम जिसके खिलाफ़ भेदभाव किया गया है (अगर दाखिल करने वाले व्यक्ति से **भिन्न** हो) अगर उस व्यक्ति की उम्र 18 साल या ज़्यादा है, तो इस शिकायत पर कार्रवाई करने से पहले हमें इस शिकायत फ़ॉर्म और सहमति/रिलीज़ फ़ॉर्म पर उस व्यक्ति के हस्ताक्षर की ज़रूरत होगी। अगर व्यक्ति नाबालिग है, और आपके पास विद्यार्थी की ओर से शिकायत दाखिल करने के लिए कानूनी अधिकार नहीं है, तो बच्चे के माता-पिता या कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षरों की ज़रूरत होगी।

अंतिम नाम: _____ पहला नाम: _____ मध्य नाम: _____

पता: _____ शहर:

_____ राज्य: _____ पिन कोड: _____ घर का टेलीफ़ोन:

_____ काम टेलीफ़ोन: _____

ई-मेल पता:

हमारा मिशन शिक्षा तक समान पहुँच सुनिश्चित करना और देश भर में शैक्षिक उत्कृष्टता को बढ़ावा देना है।

3. OCR उन संस्थानों और एजेंसियों के खिलाफ जो यू.एस. के शिक्षा विभाग से धन प्राप्त करती हैं और सार्वजनिक शैक्षिक संस्थाओं और पुस्तकालयों के खिलाफ भेदभाव की शिकायतों की जाँच करता है जो विकलांग अमेरिकी अधिनियम के शीर्षक II के प्रावधानों के अधीन हैं। कृपया उस संस्था या एजेंसी की पहचान करें जिसने कथित भेदभाव किया है। अगर हम आपकी शिकायत स्वीकार नहीं कर सकेंगे, तो हम उसे उचित एजेंसी को रैफर करने का प्रयास करेंगे और आपको इस बात की अधिसूचना देंगे।

संस्था का नाम: _____ पता:

शहर:

_____ राज्य: _____ पिन कोड: _____ विभाग/स्कूल:

4. OCR द्वारा लागू किए जाने वाले विनियम जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग, विकलांगता, उम्र या प्रतिशोध के आधार पर भेदभाव को प्रतिबंधित करते हैं। अपनी शिकायत के आधार का उल्लेख करें:

- जाति के आधार पर भेदभाव (स्पष्ट करें)

- रंग के आधार पर भेदभाव (स्पष्ट करें)

- राष्ट्रीय मूल के आधार पर भेदभाव (स्पष्ट करें)

- सेक्स के आधार पर भेदभाव (स्पष्ट करें)

- विकलांगता के आधार पर भेदभाव (स्पष्ट करें)

- उम्र के आधार पर भेदभाव (स्पष्ट करें)

- प्रतिशोध क्योंकि आपने शिकायत दाखिल की है या अपने अधिकार पर ज़ोर दिया है (स्पष्ट करें)

- अमेरिकी बाल स्काउट्स समान पहुँच अधिनियम का उल्लंघन (स्पष्ट करें)

5. कृपया प्रत्येक कथित भेदभावपूर्ण कार्रवाई का वर्णन करें। प्रत्येक कार्रवाई के लिए, कृपया भेदभाव घटित होने की कार्रवाई की तिथि(याँ), शामिल प्रत्येक व्यक्ति(याँ) के नाम और, यह शामिल करें कि आप क्यों मानते हैं कि भेदभाव जाति, विकलांगता, उम्र, लिंग, आदि के कारण हुआ है। कृपया किसी ऐसे व्यक्ति(याँ) के नाम भी प्रदान करें जो वहाँ मौजूद था और भेदभावपूर्ण कार्रवाई(याँ) का साक्षी था।

6. वह सबसे हाल की तिथि कौन-सी है जब आपके साथ भेदभाव किया गया था?

तिथि: _____

7. अगर यह तिथि 180 दिन से ज्यादा पुरानी है, तो आप दाखिल करने की ज़रूरत की छूट के लिए अनुरोध कर सकते हैं।

- मैं यह शिकायत दाखिल करने के लिए 180-दिन की समय सीमा में छूट के लिए अनुरोध कर रहा हूँ। कृपया स्पष्ट करें कि आपने अपनी शिकायत दाखिल करने के लिए अब तक इंतजार क्यों किया।

8. क्या आपने आंतरिक शिकायत प्रक्रिया, अपील या निश्चित प्रक्रिया सुनवाई के माध्यम से संस्था के साथ इन आरोपों को हल करने का प्रयास किया है?

- हाँ नहीं

अगर आपने हाँ जवाब दिया है, तो कृपया अपनी शिकायत या सुनवाई में आरोपों का वर्णन करें, वह तिथि बताएँ जब आपने इसे दाखिल किया था, और हमें इसकी स्थिति की जानकारी दें। अगर संभव हो, तो कृपया हमें अपनी शिकायत या अपील या निश्चित प्रक्रिया अनुरोध की, और अगर पूरा हो गया हो, तो इस मामले में फैसले की प्रति उपलब्ध कराएँ।

9. अगर इस शिकायत में निहित आरोप किसी अन्य संघीय, राज्य या स्थानीय नागरिक अधिकार एजेंसी, या किसी संघीय या राज्य अदालत में दाखिल किए गए हैं, तो कृपया विवरण और तिथियाँ दें। हम आपकी शिकायत के विशिष्ट आरोपों और अन्य एजेंसी या अदालत द्वारा की गई कार्रवाई के आधार पर निर्धारित करेंगे कि आपकी शिकायत की जाँच करना उपयुक्त है या नहीं।

एजेंसी या अदालत: _____

दाखिल करने की तिथि: _____

केस नंबर या संदर्भ: _____ एजेंसी या अदालत

द्वारा जाँच के परिणाम/निष्कर्ष:

10. अगर हम आपके घर या कार्य पर आप तक नहीं पहुँच सकते, तो हम किसी अन्य व्यक्ति (रिश्तेदार या मित्र) का नाम और टेलीफोन नंबर लेना चाहेंगे जिसे मालूम हो कि हम आप तक कहाँ और कब पहुँच सकते हैं। यह जानकारी **ज़रूरी नहीं है**, लेकिन यह हमारे लिए मददगार होगी।

अंतिम नाम: _____ पहला नाम: _____ मध्य नाम: _____ घर टेलीफोन

_____ कार्य का टेलीफोन: _____

11. आप क्या चाहते हैं कि आपकी शिकायत के परिणाम के रूप में संस्थान क्या करें - आप किस उपचार की तलाश में हैं?

12. अगर आपकी शिकायत पर हस्ताक्षर नहीं किए गए, तो हम इसे स्वीकार नहीं कर सकेंगे। कृपया नीचे अपनी शिकायत पर हस्ताक्षर करें और तिथि लिखें।

(तिथि)

(हस्ताक्षर)

(तिथि)

(आइटम 2 में व्यक्ति के हस्ताक्षर)

कृपया भरा हुआ और हस्ताक्षर किया गया भेदभाव शिकायत फॉर्म, आपका हस्ताक्षरित सहमति पत्र और कोई लिखित सामग्री या अन्य दस्तावेज़ों की प्रतियाँ जिनके बारे में आपका मानना है कि उनसे OCR को आपकी शिकायत समझने में मदद मिलेगी, उस OCR प्रवर्तन कार्यालय को डाक से भेज दें जो उस राज्य के लिए ज़िम्मेदार है जहाँ वह संस्थान या संस्था स्थित है जिसके बारे में आप शिकायत कर रहे हैं। आप यहाँ OCR की वेबसाइट पर सही प्रवर्तन कार्यालय की डाक की जानकारी का पता लगा सकते हैं <http://wdcrobcolp01.ed.gov/CFAPPS/OCR/contactus.cfm>.