

**PHỤ LỤC B: MẪU ĐƠN KHIẾU NẠI CỦA CÁC DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG WEST VALLEY**

<b>Mục I:</b>			
Tên:			
Địa chỉ:			
Số điện thoại (Nhà):		Số điện thoại (Cơ quan):	
Địa chỉ email:			
Yêu cầu định dạng có thể truy cập	Kích cỡ bản in	Tệp âm thanh	
	Mã TDD	Khác	
<b>Mục II:</b>			
Quý vị đang nộp đơn khiếu nại cho chính mình?		Có*	Không
* Nếu quý vị trả lời "có" cho câu hỏi này, xin chuyển đến Phần III			
Nếu không, quý vị vui lòng cung cấp tên và mối quan hệ với người mà quý vị đang thay mặt nộp đơn khiếu nại:			
Vui lòng giải thích lí do quý vị nộp đơn khiếu nại cho bên thứ ba			
Vui lòng xác nhận rằng quý vị đã nhận được sự cho phép của bên bị phân biệt đối xử nếu quý vị nộp đơn thay mặt cho bên thứ ba.		Có	Không
<b>Mục III:</b>			
Tôi tin rằng sự phân biệt đối xử bản thân đã trải qua dựa trên (chọn tất cả các nguyên nhân phù hợp)			
<input type="checkbox"/> Chủng tộc <input type="checkbox"/> Màu da <input type="checkbox"/> Nguồn gốc quốc gia			
Ngày bị cáo buộc phân biệt đối xử (Tháng, Ngày, Năm): _____			
Giải thích rõ ràng nhất có thể những gì đã xảy ra và lý do vì sao quý tin rằng quý vị bị phân biệt đối xử. Mô tả tất cả những người đã tham gia. Bao gồm tên và thông tin liên lạc của (những) người đã phân biệt đối xử với quý vị (nếu biết) cũng như tên và thông tin liên lạc của bất kỳ nhân chứng nào. Nếu cần thêm khoảng trống để viết, vui lòng sử dụng mặt sau của biểu mẫu này.			
<b>Mục IV:</b>			
Trước đây, quý vị đã nộp đơn khiếu nại của Khoản VI về vấn đề này đến cơ quan nào chưa?		Có	Không
<b>Mục V:</b>			
Quý vị đã nộp đơn khiếu nại này với bất kỳ cơ quan Liên bang, Tiểu bang hoặc địa phương nào khác, hoặc với bất kỳ tòa án Liên bang hoặc Tiểu bang nào chưa?			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			

Nếu có, hãy chọn tất cả các nơi liên hệ phù hợp	
<input type="checkbox"/> Cơ quan Liên bang	<input type="checkbox"/> Cơ quan Tiểu bang
<input type="checkbox"/> Tòa án Liên bang	<input type="checkbox"/> Cơ quan địa phương
<input type="checkbox"/> Tòa án Tiểu bang	
Vui lòng cung cấp thông tin về người liên hệ tại cơ quan / tòa án nơi quý vị nộp đơn khiếu nại.	
Tên	
Chức danh	
Cơ quan	
Địa chỉ:	
Số điện thoại.	
<b>Mục VI:</b>	
Tên cơ quan khiếu nại:	
Người liên lạc:	
Chức danh: ;	
Số điện thoại.	

Quý vị có thể đính kèm bất kỳ tài liệu nào bằng văn bản có chứa các thông tin khác mà quý vị cho rằng có liên quan đến nội dung khiếu nại của mình.

Chữ ký và ngày tháng yêu cầu bên dưới

\_\_\_\_\_

Chữ kí

\_\_\_\_\_

Thời gian

Vui lòng gửi trực tiếp biểu mẫu này theo địa chỉ dưới đây hoặc gửi biểu mẫu này qua đường bưu điện đến: