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 फ़ैसला 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 ख़िलाफ़ 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 क़ानूनी अधिकार नहीं है, तो बच्चे के माता-पिता या क़ानूनी 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 ख़िलाफ़ जो यू.एस. के शिक्षा विभाग से धन प्राप्त करती हैं और सार्वजनिक शैक्षिक संस्थाओं और पुस्तकालयों के ख़िलाफ़ 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 रैफ़र 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(यों) 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(यों) के नाम भी प्रदान करें जो वहाँ मौजूद था और भेदभावपूर्ण कार्रवाई(यों) 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 ज़्यादा 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 फ़ैसले 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 टेलीफ़ोन 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 टेलीफ़ोन

__________________________ कार्य का टेलीफ़ोन: __________________________

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 फ़ॉर्म, 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.