



## शिकायत फ़ॉर्म

संघीय और राज्य कानून तथा विनियम इलिनाय राज्य के लिए सभी गैरभेदभाव कानूनों का अनुपालन करना आवश्यक करते हैं, जिनमें 1964 का संघीय नागरिक अधिकार अधिनियम, (Civil Rights Act), अशक्त अमेरिकी अधिनियम (Americans with Disabilities Act) और इलिनाय मानवाधिकार अधिनियम (Human Rights Act) शामिल हैं पर वे इन्हीं तक सीमित नहीं हैं। इसमें यह सुनिश्चित करना शामिल है कि सभी व्यक्ति इलिनाय राज्य की सेवाओं, लाभों और कार्यक्रमों तक अर्थपूर्ण ढंग से पहुंच सकते हों। यदि आपको लगता है कि आपकी आयु, नस्ल/जाति, लिंग, अशक्तता, राष्ट्रीय मूल, यौन झुकाव या किसी अन्य संरक्षित कारण के चलते राज्य की सेवाओं, लाभों या कार्यक्रमों तक आपकी पहुंच को अस्वीकार और/या प्रतिबंधित/सीमित किया गया है, तो कृपया यह प्रपत्र भरकर [संपर्क व्यक्ति/Contact Person] के पास जमा कर दें। Jeff Newell at 217-588-2066 or

jeff.Newell@illinois.gov.

### आप के बारे में जानकारी

आपका नाम और पता:

नाम \_\_\_\_\_  
पता \_\_\_\_\_  
शहर \_\_\_\_\_  
राज्य \_\_\_\_\_  
ज़िप कोड \_\_\_\_\_

आपका टेलीफोन नंबर और ईमेल:

घर \_\_\_\_\_  
वैकल्पिक \_\_\_\_\_  
आपसे संपर्क करने का सुविधाजनक समय क्या है?  
पूर्वाहन      अपराहन  
ईमेल \_\_\_\_\_

### शिकायत का आधार:

कृपया लागू होने वाले सभी पर निशान लगाएं

जाति	लिंग	लैंगिक पहचान	विकलांगता
रंग	आयु	गर्भावस्था	प्रतिशोध
धर्म	राष्ट्रीय मूल	नागरिकता की स्थिति	यौन उत्पीड़न
लैंगिक अभिविन्यास	भाषा पहुंच	गिरफ्तारी के रिकॉर्ड	अन्य _____

## आपकी शिकायत के बारे में जानकारी

कृपया इलिनॉय राज्य के उस कार्यालय (या अन्य स्थान) का नाम स्पष्ट करें जहां वह घटना/वे घटनाएं हुई हैं जिस के/जिनके बारे में आप शिकायत कर रहे हैं:

कृपया घटना(ओं) में शामिल इलिनॉय राज्य के कर्मचारी(रियों) और/या अन्य व्यक्तियों की पहचान अधिकतम संभव सीमा तक स्पष्ट करें:

कृपया वह लगभग समय (एक या अधिक) और दिनांक (एक या अधिक) स्पष्ट करें जब घटना(एं) हुई थी/थीं:

कृपया अपनी समस्या या चिंता का वर्णन करें। अग्रलिखित आदि जानकारी शामिल करना सुनिश्चित करें: कौन शामिल था और उसने क्या किया और/या क्या कहा, इसमें प्रयुक्त हुई को भी आपत्तिजनक या मानहानिकारक भाषा शामिल है; क्या आपको लगता है कि आपसे, या किसी अन्य व्यक्ति से, बाकियों से अलग व्यवहार किया गया; क्या आपने राज्य की जानकारी या सेवाओं तक पहुंचने की कोशिश की थी और आप ऐसा करने में असमर्थ रहे; और अन्य कोई भी जानकारी जो आपके विचार में महत्वपूर्ण हो। यदि आपको अतिरिक्त स्थान चाहिए हो या आपके पास आपकी शिकायत से संबंधित अतिरिक्त लिखित सामग्री हो तो कृपया उसे इस प्रपत्र के साथ संलग्न कर दें।

क्या आपके पास ऐसे गवाह हैं जिनके पास आपकी शिकायत से संबंधित जानकारी है? यदि हां, तो कृपया उनके नाम, पते और फोन नंबर बताएं।

नाम	पता	टेलीफोन नंबर

--	--	--

## भाषा पहुंच:

यदि आपकी शिकायत, सरकारी सेवाओं तक आपके द्वारा बोली या लिखी जाने वाली भाषा में पहुंचने से संबंधित है तो कृपया यह अनुभाग पूर्ण करें।

1. आप कौन सी भाषाएं बोलते हैं? \_\_\_\_\_

2. क्या आप अपनी भाषा में पढ़ते और लिखते हैं? \_\_\_\_\_

3. क्या आपको इस फॉर्म को भरने में मदद मिली? \_\_\_\_\_

यदि आपने #3 का उत्तर "हां" में दिया है, तो कृपया आपकी सहायता करने वाले व्यक्ति का नाम और संपर्कजानकारी का उल्लेख करें: \_\_\_\_\_

मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि मैंने यह शिकायत पढ़ ली है और यह कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी मेरे ज्ञान की सीमा तक सत्य व सही है।

\_\_\_\_\_

हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_

तारीख