

[Español](#)[Viêt](#)[中國](#)[中國](#)[Français](#)[Русский](#)[ગુજરાતી](#)[한국의](#)[हिन्दी भाषा](#)[Hausa](#)[Igbo](#)[Yoruba](#)[Somali](#)

(704) 336 7433 या टेलिट्रिसिट @ चेरलेटेंशन .gov

नागरिक अधिकार अधिकारी, "सीए। टी एस", 600 ईस्ट चौथे स्ट्रीट, शेर्लोर्ट, नेकां 28202

TITLE VI भेदभाव शिकायत फार्म

1. शिकायतकर्ता का नाम 2. टेलीफोन 3. घर का पता (सड़क, शहर, राज्य, ज़िप)		4. व्यक्ति के साथ भेदभाव (यदि शिकायतकर्ता के अलावा कोई अन्य) नाम पता शहर राज्य का पिन नंबर टेलीफोन नंबर	
5. बताएं कि किसके साथ कथित रूप से भेदभाव किया गया है (यदि ज्ञात होता है) व्यक्ति का नाम, बैज नंबर, कर्मचारी संख्या, वाहन संख्या, और / या संपर्क जानकारी:		6. कथित घटना की तारीख / समय (महीना, दिन, दिन का समय, वर्ष):	7. कथित घटना का स्थान (बस मार्ग और संख्या शामिल करें, यदि शामिल हो।)
9. मेरा मानना है कि मैंने जो भेदभाव अनुभव किया था, उस पर आधारित था (सभी को लागू करें चेक करें): ☐ दौड़ ☐ रंग ☐ राष्ट्रीय मूल ☐ अंग्रेजी और / या भाषा बोलने की क्षमता सीमित बोलो। स्पष्ट रूप से स्पष्ट रूप से बताएं कि क्या हुआ और आप क्यों मानते हैं कि आप के साथ भेदभाव किया गया था यदि अधिक स्थान की आवश्यकता है, तो कृपया इस फॉर्म के पीछे का उपयोग करें।			
10. किसी भी व्यक्ति या गवाह को पूरी तरह से पहचानें, जो अतिरिक्त जानकारी के लिए हम आपके आरोपों (नाम, पता, टेलीफोन) का समर्थन या स्पष्ट करने के लिए संपर्क कर सकते हैं।			
11. इस शिकायत की जांच के लिए कौन सी अन्य जानकारी आपके पास है?			
12. आपकी समस्या (समाधान) को आपकी संतुष्टि के लिए कैसे हल किया जा सकता है?		12. अगर आपने CATS से पहले इस शिकायत दर्ज की है, तो कृपया निर्दिष्ट करें कि कब, कहां और कैसे?	
हस्ताक्षर:		तारीख	
INTAKE द्वारा (प्रशासन कर्मचारी प्रतिनिधि)			