

**COMPLAINT OF DISCRIMINATION****شکایت علیه تبعیض**

نام	نوع کمک
آدرس	شماره پرونده
	شماره تلفن
	پیش شماره (اریا گد)

معتقدم در موارد زیر مورد تبعیض قرار گرفته ام:

- نژاد       اصلیت و ملیت       مذهب       وضعیت تأهل  
 جنسیت (شامل هویت جنسی و مشخصات ظاهری)       رنگ پوست       معلولیت (شامل اچ آی وی)       سن  
 وابستگی سیاسی       وضعیت زندگی مشترک و همسرگزینی       گرایش جنسی       هویت قومی

نام شخصی که تبعیض گذاشته است	سیمت	تاریخ وقوع تبعیض	مکان وقوع تبعیض و مؤسسه تبعیض گذار

از دید خود شرح دهید چه رخدادی باعث شد به این نتیجه برسید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید:

---



---



---



---

در جستجوی چه راه حل و نتیجه‌ای هستید؟

---



---



---



---

از صحت و سقم اطلاعات فوق مطلع هستم و این فرم را به بهترین شکل از روی شناخت و اعتقادات خود پر کرده‌ام.

امضاء شاکی \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_