

COMPLAINT OF DISCRIMINATION (ໃບຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການແບ່ງຊັ້ນວັນນະ)

ຊື່	ສະມິດຂອງອົງການ
ທີ່ຢູ່	ເລັກກໍລະນີ
	ເລກໂທລະສັບ ()

ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກແບ່ງຊັ້ນວັນນະ ໃນເລື່ອງຂອງ:

- | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ເຊື້ອຊາດ | <input type="checkbox"/> ເຜົ່າພັນ | <input type="checkbox"/> ສາສະໜາ | <input type="checkbox"/> ຖານະຄອບຄົວ |
| <input type="checkbox"/> ເພດ
<small>(ລວມທັງຮູບປະພັນຂອງເພດ)</small> | <input type="checkbox"/> ຜິວພັນ | <input type="checkbox"/> ຄວາມພິການ
<small>(ລວມທັງການຕິດເຊື້ອ HIV)</small> | <input type="checkbox"/> ອາຍຸ |
| <input type="checkbox"/> ເຂົ້າຮ່ວມການເມືອງ | <input type="checkbox"/> ການຢູ່ຮ່ວມບ້ານ | <input type="checkbox"/> ການແນະນຳເລື່ອງເພດ | <input type="checkbox"/> ກຸ່ມຊົນ |

ຊື່ຂອງບຸກຄົນ ຜູ້ທີ່ແບ່ງຊັ້ນວັນນະ	ຕຳແໜ່ງ	ມື້ວັນທີ່ ທີ່ເກີດເຫດການ	ສຳນັກງານແລະສະຖານທີ່ ທີ່ເກີດເຫດການ

ອະທິບາຍກ່ຽວກັບເລື່ອງທີ່ໄດ້ເກີດຂຶ້ນກັບທ່ານດ້ວຍຄຳເວົ້າ ຊຶ່ງທ່ານເຊື່ອວ່າມັນເປັນການແບ່ງຊັ້ນວັນນະກັບທ່ານ,

ບອກຄວາມຕັ້ງໃຈທີ່ທ່ານອອກຫາ,

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ເປັນຄວາມຈິງແລະຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ແລະຄວາມເຊື່ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າທຸກປະການ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮອງຮຽນ	ລົງວັນທີ
---------------------	----------