

FOR OFFICIAL USE ONLY

COM. NO. # _____

RP SERVED: _____

لجنة حقوق الإنسان
بمقاطعة كوك

رقم الهاتف		اسم صاحب الشكوى	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان الشارع
البريد الإلكتروني لصاحب الشكوى			
الهاتف		اسم المدعى عليه	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان الشارع
البريد الإلكتروني للمدعى عليه			
نوع الشكوى			
<input type="checkbox"/> السكن		<input type="checkbox"/> التوظيف	
<input type="checkbox"/> الترتيبات التيسيرية العامة		<input type="checkbox"/> مرافق المقاطعة والخدمات والبرامج المتوفرة فيها	
		<input type="checkbox"/> الائتمان والرهن	
أساس التمييز أو التحرش			
<input type="checkbox"/> الحالة الأبوية	<input type="checkbox"/> الإعاقة (جسدية أو عقلية)	<input type="checkbox"/> العرق (بما في ذلك السمات المرتبطة بالعرق)	
<input type="checkbox"/> حالة الخروج من الخدمة العسكرية	<input type="checkbox"/> الأصل الوطني	<input type="checkbox"/> اللون	
<input type="checkbox"/> مصدر الدخل	<input type="checkbox"/> التحرش الجنسي	<input type="checkbox"/> الجنس	
<input type="checkbox"/> وضع الإسكان	<input type="checkbox"/> التوجه الجنسي	<input type="checkbox"/> العمر (أكثر من 40)	
<input type="checkbox"/> الانتقام	<input type="checkbox"/> الحالة الاجتماعية	<input type="checkbox"/> الديانة	
<input type="checkbox"/> تاريخ إجرامي	<input type="checkbox"/> الهوية الجنسية	<input type="checkbox"/> السلالة	
<input type="checkbox"/> الأصل الإثني	<input type="checkbox"/> حالة الحمل	<input type="checkbox"/> الحكم الذاتي الجسدي	
<input type="checkbox"/> الطبقة الاجتماعية			
تاريخ حدوث التمييز أو المضايقة			
شهر	يوم	سنة	
إذا كنت ممثلًا (محاميًا أو وكيلًا) تكمل هذا النموذج نيابةً عن صاحب الشكوى، يرجى تضمين اسمك ومعلومات الاتصال بك في المساحة أدناه:			

FOR OFFICIAL USE ONLY

COM. NO. # _____

RP SERVED: _____

لجنة حقوق الإنسان
بمقاطعة كوك

حقائق تدعم شكواك:

بموجب عقوبات القانون، أقر بأن جميع المعلومات الواردة في هذه الشكوى صحيحة ودقيقة على حد علمي واعتقادي.

التاريخ

توقيع صاحب الشكوى

التاريخ

توقيع الممثل (إن وُجد)