



# Georgia Department of Human Services

## Đơn Khiếu nại về phân biệt đối xử liên quan đến dân quyền QUÝ VỊ CÓ QUYỀN ĐƯỢC THÔNG DỊCH MIỄN PHÍ.

Nếu quý vị có thắc mắc về mẫu đơn này, vui lòng gọi Văn phòng Chương trình LEP/SI của DHS tại số:  
404-657-5244

TÊN GỌI CỦA QUÝ VỊ		HỌ CỦA QUÝ VỊ	
SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ ( )		SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC ( )	
ĐỊA CHỈ		THÀNH PHỐ	
TIỂU BANG	SỐ ZIP	ĐỊA CHỈ EMAIL (Nếu có)	

Có phải là quý vị nộp đơn khiếu nại này thay mặt cho người khác không?  CÓ  KHÔNG

Nếu Có, ghi tên ở dưới

TÊN GỌI \_\_\_\_\_ HỌ \_\_\_\_\_

Tôi tin rằng tôi (hoặc người khác) đã bị phân biệt đối xử vì lý do:

- Sắc tộc/Màu da/Nguồn gốc quốc gia   
 Khiếm thính   
 Khiếm thị   
 Tình trạng khuyết tật khác  
 Tuổi   
 Giới tính   
 Tôn giáo

Quý vị nghĩ ai đã phân biệt đối xử với quý vị (hoặc người khác)? Vui lòng cho biết cụ thể  
NGƯỜI/CƠ QUAN/TỔ CHỨC

ĐỊA CHỈ		THÀNH PHỐ	
TIỂU BANG	SỐ ZIP	ĐIỆN THOẠI ( )	

Quý vị cho rằng hành động phân biệt đối xử đó xảy ra khi nào và ở đâu? Vui lòng cho biết cụ thể  
LIỆT KÊ (CÁC) NGÀY VÀ (CÁC) ĐỊA ĐIỂM

Trình bày ngắn gọn sự việc. Quý vị cho rằng quý vị (hoặc người khác) đã bị phân biệt đối xử như thế nào và tại sao? Vui lòng trình bày càng cụ thể càng tốt. (Thêm các trang khác nếu cần)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vui lòng ký tên và ghi ngày tháng vào đơn khiếu nại này.  
CHỮ KÝ \_\_\_\_\_

NGÀY \_\_\_\_\_



## Georgia Department of Human Services

### Đơn Khiếu nại về phân biệt đối xử liên quan đến dân quyền QUÝ VỊ CÓ QUYỀN ĐƯỢC THÔNG DỊCH MIỄN PHÍ.

Thông tin còn lại trong mẫu đơn này là tùy chọn. Không trả lời câu hỏi dưới đây sẽ hoàn toàn không ảnh hưởng đến đơn khiếu nại này.

Quý vị có cần trợ giúp đặc biệt để chúng tôi tiếp xúc với quý vị về khiếu nại này không (đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)?

Chữ nổi Braille       Bản in khổ lớn       CD       E-mail       TTY

Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu (ghi rõ ngôn ngữ):

Thông dịch viên ngôn ngữ nói (ghi rõ ngôn ngữ):

Trợ giúp khác:

**Nếu không thể gặp quý vị trực tiếp, chúng tôi có thể liên lạc với ai khác để giúp chúng tôi gặp được quý vị không?**

TÊN GỌI		HỌ	
SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ (    )		SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC (    )	
ĐỊA CHỈ		THÀNH PHỐ	
TỈNH BANG	SỐ ZIP	ĐỊA CHỈ E-MAIL (Nếu có)	

Vui lòng đánh máy hoặc viết bằng chữ in và gửi lại mẫu đơn khiếu nại đã điền tới cho:

DHS LEP/SI Program

Two Peachtree Street, N.W.

Suite 29-103

Atlanta, Georgia 30303-3142

(404) 657-5244 (tiếng nói); (404) 463-7591 (TTY); hoặc Fax: (404) 651-6815