

نموذج شكوى الناخبين (Arabic)

للناخبين الحق في تقديم الشكاوى دون خوف من الانتقام أو الحرمان من المأوى.

التعليمات: يجب أن يكمل الناخبون القسم الأول وأن يقدموا هذا النموذج، إلى جانب أي مواد داعمة، إلى مدير البرنامج/المرفق أو إلى مدير الحالة الخاص بهم. إذا كان موضوع هذا النموذج يتعلق بالمدير أو مدير الحالة، فيجب على الناخبين تقديم هذا النموذج إلى مكتب أمين المظالم التابع لإدارة الخدمات الاجتماعية (DSS)، في

Department of Social Services Office of the Ombudsman,109 East 16th Street, 8th Floor, .New York, NY 10003

يجب على موظفي أي مدير أو أمين مظالم، يستلم نموذجًا كاملاً، إكمال القسم الثاني وإعادته إلى الناخب خلال سبعة (7) أيام عمل.

سم الأول (يتم إكماله بواسطة الناخب):		
ﯩﻨﻢ:		
و ان/المر فق/البر نامج:		
م الحالة/رقم الضمان الاجتماعي:	الهاتف:	
قيع:	التاريخ:	
ف الشكوى (أرفق الأوراق الإضافية والوثائق الداعمة حسب الاقتضاء):		

أمين المظالم، أو الموظفين، في غضون سبعة [7] أيام):	القسم الثاني (يتم إكماله بواسطة المدير، أو
	الاسم/المسمى الوظيفي:
	المرفق/البرنامج:
	العنوان:
تاريخ استلام الشكوى:	الهاتف:
التاريخ:	التوقيع:
اق الإضافية والوثائق الداعمة حسب الاقتضاء):	شرح مكتوب أو قرار الاستجابة (أرفق الأور