Department of Homeless Services
Department of Social Services

رائے دہندہ کا شکایت فارم

(Urdu)

رائے دہندگان کو انتقامی کارروائی یا محروم کیے جانے کے خوف کے بغیر شکایات پیش کرنے کا حق ہے۔

ہدایات: رائے دہندگان کو **سیکشن I** مکمل کرنا اور اس فارم کو، کسی تائیدی مواد کے ساتھ پروگرام/فسیلیٹی کے ڈائریکٹر کے پاس یا اپنے کیس مینیجر کے پاس جمع کرانا ضروری ہے۔ اگر اس فارم کے موضوع کا تعلق ڈائریکٹر یا کیس مینیجر سے ہو تو رائے دہندگان کو چاہیے کہ یہ فارم Department of Social Services (DSS) Office of the Ombudsman, 109 East 16th Street, 8th Floor, New York, NY 10003 کے پاس جمع کرائیں۔

مکمل شدہ فارم موصول کرنے والے کسی ڈائریکٹر یا اومبڈسمین کے عملہ کو **سیکشن II** مکمل کرنا اور اسے سات (7) کاروباری دنوں کے اندر رائے دہندہ کو واپس کرنا ضروری ہے۔

<u>سیکشن I</u> (رائے دہندہ کے ذریعے مکمل کیا جائے):

نام: _____

پتہ/فسیلیٹی/پروگرام: _____

سوشل سیکیورٹی/کیس نمبر: _____ ٹیلیفون: _____

دستخط: _____ تاریخ: _____

شکایت بیان کریں (حسب مناسبت، اضافی صفحات اور معاون دستاویزی شہادت منسلک کریں):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(صفحہ پلٹیں)

<u>سیکشن II</u> (ڈائریکٹر یا اومبڈسمین، عملہ کے ذریعے سات [7] دنوں کے اندر مکمل کیا جائے):

نام/عہدہ: _____

فسیلیٹی/پروگرام: _____

پتہ: _____

ٹیلیفون: _____ شکایت موصول ہونے کی تاریخ: _____

دستخط: _____ تاریخ: _____

جواب کی تحریری وضاحت یا حل (حسب مناسبت، اضافی صفحات اور معاون دستاویزی شہادت منسلک کریں):