

ແບບຟອມຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການປະພຶດຂອງຕໍາຫຼວດ

ເມືອງ MINNEAPOLIS

ຫ້ອງການປະເມີນການປະພຶດຂອງຕໍາຫຼວດ
350 S. 5TH ST. ROOM 239, MINNEAPOLIS, MN 55415
612-673-5500

ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:30 ໂມງເຊົ້າ— 4:30 ໂມງແລງ.

ການປະກອບແບບຟອມນີ້ແມ່ນບາດກ້າວທໍາອິດໃນຂະບວນການຮ້ອງທຸກ. ແບບຟອມນີ້ຈໍາເປັນຕ້ອງຖືກປະກອບຂໍ້ມູນຢ່າງຄົບຖ້ວນ ແລະຖືກຕ້ອງ; ຕິດຄັດໜ້າເພີ່ມເຕີມ ຖ້າຈໍາເປັນ. ແຈ້ງວັນທີຢູ່ສ່ວນລຸ່ມ, ແລະສົ່ງຄືນແບບຟອມນີ້ຫາທີ່ຢູ່ສ່ວນເທິງຂອງແບບຟອມນີ້. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ເຂົ້າເບິ່ງ www.minneapolismn.gov/civilrights/pollicereview.

ຂໍ້ມູນຜູ້ຮ້ອງທຸກ			
ຊື່ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ຕົ້ນ, ຊື່ກາງ)		ວັນເດືອນປີເກີດ	ໂທລະສັບ
ທີ່ຢູ່ເຮືອນທາງຖະໜົນ		ເມືອງ/ລັດ	ວະເຫດໄປສະນີ
ກະລຸນາຊີ້ບອກເລື່ອດຂອງທ່ານ:			
<input type="checkbox"/> ອາຊີ	<input type="checkbox"/> ອາຟຣິກາ	<input type="checkbox"/> ຜິວຂາວ	<input type="checkbox"/> ວາຕິນ
<input type="checkbox"/> ຊາວເກາະປາຊີຟິກ	<input type="checkbox"/> ຜິວສີ	<input type="checkbox"/> ອາເມລິກາດັ້ງເດີມ	<input type="checkbox"/> ຕາເວັນອອກກາງ
ເພດຂອງທ່ານ:			
<input type="checkbox"/> ເພດຊາຍ	<input type="checkbox"/> ເພດຍິງ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເປັນທັງເພດຊາຍຫຼືເພດຍິງ ງ/ມີເພດບໍ່ກົງກັບເພດທີ່ມີ ມາຕັ້ງແຕ່ເກີດ	<input type="checkbox"/> ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຕອບ
ຂ້ອຍກໍາລັງກ່າວຫາ:			
<input type="checkbox"/> ການໃຊ້ກຳລັງເກີນເຫດ	<input type="checkbox"/> ພາສາ ຫຼື ທ່າທາງທີ່ບໍ່ເໝາະສົມ	<input type="checkbox"/> ການເລືອກປະຕິບັດ	<input type="checkbox"/> ການລັກ
<input type="checkbox"/> ການຄຸກຄາມ	<input type="checkbox"/> ການບໍ່ສາມາດໃຫ້ການປົກປ້ອງ	<input type="checkbox"/> ການແກ້ໄຂຄົນ	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ
ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບພະຍານ			
ຊື່ພະຍານ	ອີເມວຂອງພະຍານ	ເບີໂທລະສັບຂອງພະຍານ	
ທີ່ຢູ່ຂອງພະຍານ			
ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເຫດການ			
ເວລາປາຍປະຈໍາຕົວເຈົ້າໜ້າທີ່	ຊື່ເຈົ້າໜ້າທີ່	ເວລາທີ່ໜ່ວຍ	
ເວລາທີ່ຄະດີເທິງບັດຟ້າ	ສະຖານທີ່/ທີ່ຢູ່ບ່ອນເກີດເຫດ	ວັນທີ ແລະເວລາເກີດເຫດ	
ຄໍາອະທິບາຍເຫດການ - (ຈໍາເປັນຕ້ອງຕອບ) ກະລຸນາອະທິບາຍເຫດການໂດຍໃຫ້ລາຍລະອຽດຫຼາຍທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ຈະເປັນໄປໄດ້; ໃຊ້ໜ້າດ້ານຫຼັງຖ້າຈໍາເປັນ. ຂໍ້ມູນໃດໆທີ່ໃຫ້ໄວ້ແມ່ນມີປະໂຫຍດ (ເຊັ່ນ: ບຸກຄົນໃດ? ເກີດຫຍັງຂຶ້ນ? ບ່ອນໃດ? ເມື່ອໃດ? ຍ້ອນຫຍັງ?).			
ກະລຸນາ ຮັບຊາບວ່າກົດໝາຍ Minnesota (Minn.Stat. § 609.505) ກໍານົດໃຫ້ເປັນຄວາມຜິດທາງອາຍາໃນການເຈດຕະນາລາຍງານກ່ຽວກັບ ການປະພຶດຜິດຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ຕໍາຫຼວດຢ່າງບໍ່ເປັນຄວາມຈິງ ແລະເພື່ອທໍາລາຍຊື່ສຽງ.			
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຮຽນ			ວັນທີ ແລະເວລາ

ແບບຟອມນີ້ ມີໃຫ້ໃນຮູບແບບອື່ນ - ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາພະນັກງານ ADA, ພະແນກຊີວະພາບກອນມະນຸດທີ່ເບີ 612-673-2694, ຜູ້ຫຼຸດຮາກ/ຜູ້ສູນສາມາດໃຫ້ເບີ 612-673-2626 TTY ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼືເລືອກການນັດໝາຍກັບວ່າແບບພາສາໃບທີ່ມີໃບຮັບຮອງເພື່ອຊ່ວຍປະກອບແບບຟອມນີ້.

Case Number:

Revised 10/2023

