Department of Homeless Services
Department of Social Services

অধিবাসীর অভিযোগ ফর্ম

(Bengali)

প্রতিশোধের বা বঞ্চিত হওয়ার ভয় ছাড়াই অভিযোগ আনার অধিকার অধিবাসীদের আছে।

নির্দেশসমূহ: অধিবাসীদেরঅবশ্যই **সেকশন I** সম্পূর্ণ করতে হবে এবং কোনও সহায়ক উপকরণ সহ এই ফর্মটি প্রোগ্রাম / ফেসিলিটি ডিরেক্টরের কাছে বা তাঁর কেস ম্যানেজারের কাছে জমা করতে হবে। যদি এই ফর্মের বিষয়টি ডিরেক্টর বা কেস ম্যানেজারের সম্পর্কে হয়, তবে অধিবাসীদেরএই ফর্মটি 109 East 16th Street, 8th Floor, New York, NY 10003 ডিপার্টমেন্ট অব সোশ্যাল সার্ভিসেস ওম্বুডসম্যানের অফিসে (Department of Social Services, DSS Office of the Ombudsman) এ জমা দিতে হবে।

একটি সম্পূর্ণ ফর্ম গ্রহণকারী, কোনও ডিরেক্টর বা ওম্বুডসম্যান কর্মীকে অবশ্যই **সেকশন II** সম্পূর্ণ করতে হবে এবং সাত (7) কার্যদিবসের মধ্যে অধিবাসীকে ফেরত পাঠাতে হবে।

<u>সেকশন I</u> (অধিবাসীকে সম্পন্ন করতে হবে):

নাম: _____

ঠিকানা/স্থান/প্রোগ্রাম: _____

সোশ্যাল সিকিউরিটি/ কেস নম্বর: _____ টেলিফোন: _____

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

অভিযোগের বর্ণনা দিন (উপযুক্ত প্রকার অতিরিক্ত কাগজ এবং সহায়ক নথি সংযুক্ত করুন):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(পরের পাতায় যান)

<u>সেকশন II</u> (সাতদিনের [7] মধ্যে ডিরেক্টর, অথবা ওম্বুডসম্যান, কর্মীর দ্বারা সম্পূর্ণ করতে হবে):

নাম/পদবী: _____

স্থান/প্রোগ্রাম: _____

ঠিকানা: _____

টেলিফোন: _____ যে তারিখে অভিযোগ গ্রহণ করা হয়েছে: _____

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

লিখিত ব্যাখ্যা বা প্রতিক্রিয়ার বিশ্লেষণ (যেমন উপযুক্ত সেই অনুযায়ী অতিরিক্ত কাগজ এবং সহায়ক নথি সংযুক্ত করুন):