

**Anti-Discrimination NSW (भेदभाव-विरोधी एनएसडब्ल्यू) शिकायत फार्म**

विषय-वस्तु

[*अनुभाग एक – आपके* (*शिकायतकर्ता*) *के बारे में 2*](#_Toc73890951)

[*अनुभाग बी: आप किसके बारे में शिकायत कर रहे/रही हैं? 4*](#_Toc73890952)

[*अनुभाग सी: आपकी शिकायत का विषय क्या है? 5*](#_Toc73890953)

[*अनुभाग डी: कार्य करने का प्राधिकार 6*](#_Toc73890954)

**हम क्या करते हैं?**

Anti-Discrimination NSW (भेदभाव-विरोधी एनएसडब्ल्यू) भेदभाव, यौन उत्पीड़न, कलंकारोपण और उत्पीड़न की शिकायतों के साथ व्यवहार करता है। यदि हमें आपकी शिकायत के बारे में और अधिक जानकारी की आवश्यकता होगी, तो हम आपसे संपर्क करेंगे।

इस फॉर्म को पूरा करके हमें भेजने पर आप हमारी आकलन, जांच और सुलह की शिकायत प्रक्रियाओं के लिए आपकी जानकारी का उपयोग करने की सहमति देते/देती हैं। यदि आपकी शिकायत को जांच के लिए स्वीकार कर लिया जाता है, तो इसकी एक प्रति उस व्यक्ति या संगठन को प्रदान की जाएगी जिसके बारे में आप शिकायत कर रहे/रही हैं (जिसे प्रतिवादी कहा जाता है), और यदि आवश्यक हो तो हमारी जांच के लिए प्रासंगिक अन्य लोगों को भी प्रति भेजी जा सकती है। फॉर्म जमा करके आप हमें प्रतिवादी और अन्य लोगों को यह फॉर्म तथा अन्य सामग्री भेजे जाने के लिए अपनी सहमति प्रदान करते/करती हैं।

**अन्य लोगों के बारे में जानकारी**

कृपया बिना सहमति के अन्य लोगों के बारे में व्यक्तिगत जानकारी शामिल न करें, लेकिन आपको उस(न) व्यक्ति(यों) की सहमति की आवश्यकता नहीं है जिसके बारे में आप शिकायत कर रहे/रही हैं (प्रतिवादी)।

**सवाल**

यदि आपके पास शिकायत प्रक्रिया या इस फॉर्म को पूरा करने के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो कृपया [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au) पर हमारी पूछताछ सेवा को ईमेल भेजें अथवा 02 9268 5544 या 1800 670 812 पर संपर्क करें।

**शिकायत कैसे करें**

इस शिकायत फार्म को ईमेल से [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au) पर भेजें

या Anti-Discrimination NSW, Locked Bag 5000, Parramatta NSW 2124 पते पर डाक से भेजें।

**कृपया ध्यान रखें कि यदि आप अपनी शिकायत को डाक से भेजते/भेजती हैं, तो देरी होगी।**

# अनुभाग एक – आपके (शिकायतकर्ता) के बारे में

**यदि आप अपने संपर्क विवरण को प्रतिवादी के पास नहीं भेजा जाना चाहते/चाहती हैं, तो कृपया इन्हें एक अलग कागज पर उपलब्ध कराएँ।**

|  |  |
| --- | --- |
| नाम का शीर्षक: |  |
| प्रथम नाम: |  |
| पारिवारिक नाम: |  |
| पता: |  |
| उपनगर: |  |
| पोस्टकोड: |  |
| ईमेल: |  |
| फोन: |  |
| मोबाइल: |  |
| आप हमारे द्वारा आपसे कैसे संपर्क किया जाना चाहते/चाहती हैं?  ईमेल  फोन  (वैकल्पिक) आप किस सर्वनाम का उपयोग करते/करती हैं (जैसे, मैं (पुल्लिंग)/मेरा, मैं (स्त्रीलिंग)/मेरी, वे/वो)?  (वैकल्पिक) आप हमारे द्वारा आपको किस नाम से संदर्भित किया जाना चाहते/चाहती हैं?  आपको अपना नाम और पता उपलब्ध कराना होगा, ताकि हम आपकी शिकायत के साथ आगे बढ़ सकें। | |
| यदि आपको शिकायत प्रक्रिया में भाग लेने के लिए किसी भी प्रकार की सहायता की आवश्यकता है, उदाहरण के लिए यदि आप विकलांगता-ग्रस्त हैं या आप अतिरिक्त भाषा के रूप में अंग्रेज़ी का प्रयोग करते/करती हैं, तो हमें बताएँ। यदि आपको आवश्यकता हो, तो ADNSW (एडीएनएसडब्ल्यू) इस फॉर्म का अनुवाद करा सकता है। | |

यदि इस शिकायत में कोई अन्य व्यक्ति आपकी सहायता कर रहा है, उदाहरण के लिए वकील, संघ प्रतिनिधि या कानूनी प्रतिनिधि, तो कृपया उसका भी विवरण प्रदान करें।

हम आप (शिकायतकर्ता) को सभी पत्राचार भेजेंगे, बशर्ते आप हमें ऐसा न करने के लिए कहें।

|  |  |
| --- | --- |
| नाम का शीर्षक: |  |
| प्रथम नाम: |  |
| पारिवारिक नाम: |  |
| पद: |  |
| संगठन: |  |
| पता: |  |
| उपनगर: |  |
| पोस्टकोड: |  |
| ईमेल: |  |
| फोन: |  |
| मोबाइल: |  |

**किसी अन्य व्यक्ति की ओर से शिकायत करना (यदि आप शिकायतकर्ता की ओर से शिकायत कर रहे/रही हैं)**

केवल तभी भरें जब आप शिकायतकर्ता की ओर से शिकायत कर रहे/रही हैं। कृपया अपना विवरण यहाँ प्रदान करें।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| नाम का शीर्षक: |  | |
| प्रथम नाम: |  | |
| पारिवारिक नाम: |  | |
| पता: |  | |
| उपनगर: |  | |
| पोस्टकोड: |  | |
| ईमेल: |  | |
| फोन: |  | |
| मोबाइल: |  | |
| शिकायतकर्ता के साथ आपका क्या संबंध है? | |  |
| आप हमारे द्वारा आपसे कैसे संपर्क किया जाना चाहते/चाहती हैं?  ईमेल  फोन | | |
| यदि आप शिकायतकर्ता की ओर से शिकायत कर रहे/रही हैं, तो कृपया उन्हें अनुभाग डी: [कार्यवाही के लिए प्राधिकार](#_अनुभाग_डी:_कार्यवाही) पूरा करने के लिए कहे । | | |

# अनुभाग बी: आप किसके बारे में शिकायत कर रहे/रही हैं?

**प्रतिवादी 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| व्यक्ति या संगठन का नाम: | |  | |
| एबीएन (यदि प्रासंगिक हो): | |  | |
| पता: |  | | |
| उपनगर: |  | | |
| पोस्टकोड: |  | | |
| ईमेल: |  | | |
| फोन: |  | | |
| मोबाइल: |  | | |
| इस प्रतिवादी के साथ आपका क्या संबंध है? | | |  |

**प्रतिवादी 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| व्यक्ति या संगठन का नाम: | |  | |
| एबीएन (यदि प्रासंगिक हो): | |  | |
| पता: |  | | |
| उपनगर: |  | | |
| पोस्टकोड: |  | | |
| ईमेल: |  | | |
| फोन: |  | | |
| मोबाइल: |  | | |
| इस प्रतिवादी के साथ आपका क्या संबंध है? | | |  |

|  |
| --- |
| यदि दो से अधिक प्रतिवादी हैं, तो कृपया उनका विवरण प्रदान करें।    क्या आपने इसके बारे में किसी अन्य संगठन से शिकायत की है? यदि हाँ, तो कौन और कब? |

# अनुभाग सी: आपकी शिकायत का विषय क्या है?

न्यू साउथ वेल्स में कानून के विरुद्ध भेदभाव के प्रकारों के बारे में जानकारी के लिए हमारी वेबसाइट [antidiscrimination.nsw.gov.au](http://www.antidiscrimination.nsw.gov.au/) पर जाएँ अथवा हमसे 02 9268 5544 या 1800 670 पर संपर्क करें।

|  |
| --- |
| मैं शिकायत कर रहा/रही हूँ क्योंकि मेरा मानना है कि मुझे इसका अनुभव हुआ है:  भेदभाव, इन कारणों की वजह से  आयु, आपकी आयु क्या है?  विकलांगता (सभी रोगों और पूर्वानुमानित विकलांगता सहित), आप किस विकलांगता से ग्रस्त हैं?  समलैंगिकता (पूर्वानुमानित समलैंगिकता सहित)  वैवाहिक या घरेलू स्थिति, आपकी वैवाहिक या घरेलू स्थिति क्या है?  नस्ल (त्वचा के रंग, राष्ट्रीयता, वंश, जातीयता, आनुवांशिकता, राष्ट्रीय मूल सहित), आपकी नस्ल क्या है?  लिंग (गर्भावस्था और स्तनपान सहित), आपका लिंग क्या है?  देखभालकर्ता के रूप में जिम्मेदारियाँ (केवल रोजगार के लिए), आपकी देखभालकर्ता के रूप में जिम्मेदारियाँ क्या हैं?  पारलैंगिकता (ट्रांसजेंडर) स्थिति (पूर्वानुमानित पारलैंगिकता स्थिति सहित)  यौन उत्पीड़न  कलंकारोपण (ऐसा कोई सार्वजनिक काम जो किसी व्यक्ति या व्यक्तियों के समूहों के प्रति घृणा, गंभीर अपमान या गंभीर उपहास को उकसाता है) जो निम्न में से किसी एक पर आधारित हो  जाति  धर्म (इसमें कोई धार्मिक विश्वास, संबद्धता या गतिविधि के साथ-साथ, धार्मिक विश्वास, संबद्धता या गतिविधि का न होना भी शामिल है), आपका धर्म क्या है?  किसी को एचआईवी हुआ होना  ट्रांसजेंडर होना  समलैंगिकता  उत्पीड़न, क्योंकि मैंने भेदभाव के बारे में शिकायत की है, या किसी को शिकायत करने में सहायता दी है  भेदभाव कहाँ हुआ था?  रोजगार  वस्तुओं और सेवाएँ की प्राप्ति  शिक्षा  आवास  पंजीकृत क्लब  अन्य (निर्दिष्ट): |
| क्या हुआ था? आप जिन घटनाओं के बारे में शिकायत कर रहे/रही हैं, उनके बारे में बताएँ और सभी तिथियों, स्थान और किसी भी अन्य उपस्थित व्यक्ति को शामिल करें।    यदि प्रकरण 12 महीने से पहले घटित हुए थे, तो अध्यक्ष शिकायत को स्वीकार करने के लिए असहमति दे सकते हैं।  यदि प्रकरण 12 महीने से पहले घटित हुए थे, तो आपने समय पर शिकायत दर्ज क्यों नहीं की? |
| आपके ऊपर क्या प्रभाव पड़ा है? |
| आप प्रतिवादी से क्या परिणाम प्राप्त करने के/की इच्छुक हैं? (वैकल्पिक) |

**कृपया अन्य कोई जानकारी न भेजें। यदि आपको और अधिक जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता होगी, तो हम आपको बताएँगे।**

इस शिकायत फार्म को ईमेल से [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au) पर भेजें।

# अनुभाग डी: कार्य करने का प्राधिकार

# शिकायतकर्ता को आपकी ओर से शिकायत जमा करने के लिए प्राधिकृत होना चाहिए

|  |  |
| --- | --- |
| शिकायतकर्ता का नाम: |  |
| प्रतिवादी का नाम: |  |
| मैं       (शिकायतकर्ता)  शिकायत को Anti-Discrimination NSW (भेदभाव-विरोधी एनएसडब्ल्यू) द्वारा अंतिम स्वरूप दिए जाने के समय तक        (शिकायतकर्ता की ओर से कार्य करने के लिए प्राधिकृत व्यक्ति का नाम)  को शिकायत प्रक्रिया में हर समय अपनी ओर से कार्य करने के लिए स्वीकृति देता/देती हूँ।  मैं Anti-Discrimination NSW (भेदभाव-विरोधी एनएसडब्ल्यू) को लिखित में यह बताकर किसी भी समय इस सहमति को वापिस ले सकता/सकती हूँ, कि अब मैं उपरोक्त नामित व्यक्ति द्वारा मेरी ओर से कार्य किए जाने के लिए इच्छुक नहीं हूँ। | |
| हस्ताक्षर (हस्ताक्षर करें या अपना नाम अंकित करें): |  |
| तिथि: |  |

# गोपनीयता वक्तव्य

आपके द्वारा प्रदान की गई व्यक्तिगत जानकारी गोपनीयता कानून के तहत संरक्षित है, जिसमें *Privacy and Personal Information Protection Act 1998 (गोपनीयता एवं व्यक्तिगत जानकारी संरक्षण अधिनियम 1998)* *और Health Records and Information Privacy Act 2002 (स्वास्थ्य रिकॉर्ड एवं जानकारी गोपनीयता अधिनियम 2002)* भी शामिल हैं।

Anti-Discrimination NSW (भेदभाव-विरोधी एनएसडब्ल्यू) अपने सांविधिक कार्यों को पूरा करने के लिए *Anti-Discrimination Act 1977 (भेदभाव-विरोधी अधिनियम 1977)* के अंतर्गत इस फॉर्म में तथा अन्य संवाद में आपके द्वारा प्रदान की गई व्यक्तिगत जानकारी का उपयोग करता है। इनमें गैर-कानूनी भेदभाव की शिकायतों की जांच-पड़ताल और समाधान तथा भेदभाव के बारे में पूछताछ भी शामिल है। इसका अर्थ यह है कि प्रतिवादी (वह व्यक्ति, कंपनी या संगठन, जिसके बारे में शिकायत है) को शिकायत की एक प्रति और अन्य प्रासंगिक जानकारी प्रदान की जाएगी। यदि हम अनुसंधान के प्रयोजनों के लिए आपकी जानकारी का उपयोग करते हैं, तो हम व्यक्तिगत पहचान प्रकट कर सकने वाली किसी भी जानकारी को सार्वजनिक बनाए जाने की अनुमति नहीं देंगे। आप Anti-Discrimination NSW (भेदभाव-विरोधी एनएसडब्ल्यू) के पास अपनी शिकायत जमा करके इन सांविधिक कार्यों को पूरा करने के लिए प्रदान की गई जानकारी का उपयोग किए जाने की सहमति देते/देती हैं।

अपनी व्यक्तिगत जानकारी के संग्रह और उपयोग तथा Anti-Discrimination NSW (भेदभाव-विरोधी एनएसडब्ल्यू) के पास अपनी संग्रहीत जानकारी के संबंध में अपने अधिकारों के विवरण के लिए कृपया हमसे संपर्क करें।