

ভাষায় অ্যাক্সেস নিয়ে অভিযোগের ফর্ম

পুলিশ অ্যাকাউন্টেবিলিটি বোর্ড (Police Accountability Board) ভাষায় অ্যাক্সেসের নীতি অনুসারে যে কোনও ভাষায় দোভাষী পরিষেবা দেওয়া এবং রাজ্যের ইংরেজি ছাড়া সবচেয়ে সুপরিচিত অন্তত বারোটি প্রধান ভাষায় জরুরী দলিলের অনুবাদ দেওয়া বাধ্যতামূলক। আমাদের এজেন্সির ভাষায় অ্যাক্সেস পরিষেবা পেতে যদি আপনার কোনও অসুবিধা হয়ে থাকে তাহলে উপরে যোগাযোগের তথ্য ব্যবহার করে এই অভিযোগের ফর্ম পূরণ করে জমা করতে পারেন।

আপনার অভিযোগে সব ব্যক্তিগত তথ্য গোপন রাখা হবে।

1. নামের প্রথমাংশ: _____ নামের শেষাংশ: _____ জিপকোড: _____
<input type="checkbox"/> আমি আমার নাম দিতে চাই না। অনুগ্রহ করে নোট করুন, আপনি যদি যোগাযোগের তথ্য না জানান তাহলে আপনার অভিযোগে সাড়া দিতে যে পদক্ষেপগুলি আমরা নিচ্ছি তার ব্যাপারে আপনাকে জানাতে পারব না। পছন্দসই ভাষা(সমূহ): _____
ফোন নম্বর: _____ ইমেল অ্যাড্রেস: _____
এই অভিযোগ দায়ের করার অন্য কেউ আপনাকে সাহায্য করছে কি?
<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ যদি 'হ্যাঁ' হয় তাহলে তাকে যোগাযোগ করার তথ্য জানান:
নামের প্রথমাংশ: _____ নামের শেষাংশ: _____
ইমেল অ্যাড্রেস ও/বা ফোন নম্বর: _____
2. আপনার কোন ভাষা(গুলি) পরিষেবার প্রয়োজন হয়েছিল?
3. কী সমস্যা হয়েছিল? যে কটি বক্স প্রযোজ্য তাতে টিক চিহ্ন দিন ও নিচে তার ব্যাখ্যা দিন।
<input type="checkbox"/> আমার জন্য দোভাষীর ব্যবস্থা করা হয়নি
<input type="checkbox"/> আমি দোভাষী চেয়েছিলাম তবে দেওয়া হয়নি
<input type="checkbox"/> দোভাষীর দক্ষতা সন্তোষজনক ছিল না (জানা থাকলে, নিচের বিভাগ 5 এ তার নাম জানান)
<input type="checkbox"/> দোভাষী অভদ্র বা অনুপযুক্ত মন্তব্য করেছিল
<input type="checkbox"/> দোভাষীর জন্য আমাকে অনেকক্ষণ অপেক্ষা করতে হয়েছিল
<input type="checkbox"/> আমি যে ভাষা বুঝি সেই ভাষায় আমাকে ফর্ম বা নোটিস দেওয়া হয়নি (যে দলিলগুলি প্রয়োজন তা নিচে বিভাগ 5 এ জানান)
<input type="checkbox"/> অন্য (ব্যাখ্যা করুন) _____
4. এই ঘটনা কবে হয়েছিল? যদি একাধিকবার এমন হয়ে থাকে তাহলে সবচেয়ে সম্প্রতি যখন এমন হয়েছিল সেই তারিখটা জানান।
তারিখ (MM/DD/YYYY): _____ সময়: _____ <input type="checkbox"/> সকাল (AM) <input type="checkbox"/> বিকাল (PM)
এই ঘটনা কোথায় হয়েছিল? <input type="checkbox"/> ফোনে <input type="checkbox"/> নিজেই উপস্থিতিতে ঠিকানা জানান: _____
5. I হয়েছিল তার বর্ণনা দিন। নির্দিষ্ট করে জানান ও যথাসম্ভব বিস্তারিত জানান। যদি এক বারের বেশি এমন হয়ে থাকে, প্রত্যেক বারের সময়/তারিখ জানান এবং প্রত্যেকটা ঘটনার বিবরণ দিন। আপনি যে পরিষেবা ও দলিল অ্যাক্সেস করার চেষ্টা করেছিলেন সেসব জানান। যারা এতে জড়িত ছিলেন তাদের নাম, ঠিকানা ও ফোন নম্বর জানা থাকলে সেসব জানান। দরকার মত আরও পাতা ব্যবহার করুন এবং প্রত্যেকটা পাতায় নিজের নাম লিখে দিন।
6. আপনি PAB কর্মীদের কারুর কাছে নালিশ করেছিলেন কি? যদি হ্যাঁ হয়, আপনি কার সাথে কথা বলেছিলেন এবং তার কী প্রতিক্রিয়া ছিল। অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করে জানান।
বড় হরফে নাম: _____ তারিখ (MM/DD/YYYY): _____
(যে ব্যক্তি অভিযোগ করছেন)