



For Office Used Only
Date Received

ਸ਼ਿਕਾਅਤ ਫਾਰਮ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਫ਼ ਸੁਥਰਾ ਲਿਖੋ

ਨਾਂ: _____ ਮਿਤੀ: _____

ਪਤਾ: _____
ਨੰਬਰ Apt.# ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ: () _____ ਹੋਰ ਕੋਈ ਫੋਨ: () _____

ਮੈਂ ਇਕ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਕ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉ): ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਕਰਮਚਾਰੀ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੂਜੇ _____

ਮੈਂ ਇਸਦੇ ਵਿਰੁਧ ਸ਼ਿਕਾਅਤ ਕਰਣ ਦੀ ਇਸ਼ਾ ਰੱਖਦਾ/ਰੱਖਦੀ ਹਾਂ:

ਵਿਅਕਤੀ, ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਾਂ ਕਲਾ ਕ੍ਰਿਤੀ ਦਾ ਨਾਂ _____

ਪਤਾ: _____

ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਵਿਰੁਧ ਸ਼ਿਕਾਅਤ ਕਰਣ ਦੀ ਇਸ਼ਾ ਰੱਖਦਾ/ਰੱਖਦੀ ਹਾਂ:

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਇਹ ਦਸੋ ਕੀ ਕਿ ਹੋਇਆ, ਕਦੋਂ, ਕਿੱਥੇ ਅਤੇ ਕਿਸ ਤਰਾਂ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਉੱਥੇ ਕੌਣ ਸੀ: _____):

ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਫਿਆਂ ਨੂੰ ਨਾਲ ਲਗਾਉ.

ਵਰਤਾਉ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਿਸ ਵਿਚ ਸ਼ਿਕਾਅਤ ਨੂੰ ਵਧਾਵਾ ਮਿਲਿਆ: _____

ਜੇ ਉੱਥੇ ਵਰਤਾਉ ਸਮੇਂ ਕੋਈ ਗਵਾਹ ਜਾਂ ਕੋਈ ਐਸਾ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਹੜਾ ਇਸ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਸੂਚਨਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਂ, ਪਤਾ, ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ:

ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕੀ ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਅਤ ਦਾ ਸੁਝਾਉ ਅਤੇ ਸੁਲਝਾਉ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਮੈਂ ਝੂਠੀ ਸੋਹ ਖਾਣ ਦੀ ਸਜਾ ਦੀ ਗਵਾਹੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕੀ ਇਸ ਕਾਰਵਾਈ ਅਤੇ ਨੱਥੀ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸਹੀ ਅਤੇ ਠੀਕ ਹਨ।

(day) _____ ਦਿਨ(month) _____ 20(year) _____, ਨੂੰ(city) _____ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿਚ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਸ਼ਿਕਾਅਤ ਕਰਤਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ _____