



शिकायत फार्म

शिकायत सूचना

1. पारिवारिक नाम : दिया गया नाम एवं छोटे हस्ताक्षर :	2. जन्मतिथि : दिन माह वर्ष
3. डाक का पता : यदि डाक के पते से अलग हो, तो वास्तविक पता :	4. आवास का टेलीफोन : व्यावसायिक टेलीफोन : सेल : फैक्स : ई-मेल : संदेशों के लिए संपर्क व्यक्ति : नाम : टेलीफोन नम्बर :
5. पत्राचार के लिए पसंद की भाषा	<input type="checkbox"/> अंग्रेज़ी <input type="checkbox"/> फ्रेंच
6. क्या आप उस घटना में शामिल थे, जिसकी शिकायत की गई है? यदि नहीं, तो इसमें शामिल व्यक्ति का नाम और संपर्क संबंधी जानकारी क्या है?	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
7. जिस घटना की शिकायत की गई है, यदि उसके संबंध में आर सी एम पी ने आपको कोई फाइल नंबर दिया है तो कृपया उसकी जानकारी दें।	आर सी एम पी फाइल नम्बर :
8. क्या आपने आर सी एम पी के पास इस घटना के बारे में औपचारिक शिकायत दर्ज कराई है? यदि हां तो यह शिकायत आपने कब और कहां दर्ज कराई? क्या आपने शिकायत को अनौपचारिक रूप से निपटाने के लिए आर सी एम पी के साथ किसी समझौते पर हस्ताक्षर किए हैं?	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
9. क्या आप चाहते हैं कि कमीशन और आर सी एम पी स्वयं आपके बजाय सीधे किसी कानूनी प्रतिनिधि या वकील से बात करें? यदि हां तो कृपया अपने कानूनी प्रतिनिधि या वकील का पूरा नाम और संपर्क जानकारी दें।	
यदि शिकायत के निपटान से पहले आपके संपर्क पते में कोई बदलाव होता है, तो कृपया कमीशन को सूचित करें।	

शिकायत की परिस्थितियां (यथासंभव पूरा करें)

10. घटना की तारीख : दिन माह वर्ष	11. घटना का समय :	12. घटना का शहर एवं प्रोविंस/क्षेत्र :
---	-------------------	--

13. यदि कोई चोट लगी हो तो उसका विवरण दें
14. यदि किसी किस्म की चोट के फोटो लिए गए, तो फोटो किसने लिए?
15. अगर किसी भी किस्म की चोट का इलाज किया गया, तो कृपया डॉक्टर के नाम तथा चिकित्सा केंद्र की जानकारी दें।
16. अपनी शिकायत के समर्थन में कोई साक्ष्य दें

शिकायत के ब्यौरे

17. कृपया घटना की यथासंभव पूरी जानकारी दें (यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पन्नों पर जानकारी दें)	
18. इस शिकायत प्रक्रिया के माध्यम से आप क्या हासिल करना चाहेंगे?	
19. शिकायत निम्नलिखित आर सी एम पी सदस्य(सदस्यों) के आचरण के बारे में है (यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पन्नों पर जानकारी दें)	
नाम और पद :	टुकड़ी :
नाम और पद :	टुकड़ी :
नाम और पद :	टुकड़ी :
20. गवाह (आरसीएमपी के उन सदस्यों को शामिल कर सकते हैं जिनके बारे में आप शिकायत नहीं कर रहे हैं) (यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पन्नों पर जानकारी दें)	
पारिवारिक नाम :	पता :
दिया गया नाम एवं छोटे हस्ताक्षर :	टेलीफोन :
शिकायतकर्ता से संबंध :	
पारिवारिक नाम :	पता :
दिया गया नाम एवं छोटे हस्ताक्षर :	टेलीफोन :
शिकायतकर्ता से संबंध :	
<p>टिप्पणी : शिकायत फार्म प्रस्तुत करके आप कमीशन फॉर पब्लिक कंप्लेन्ट्स अगेंस्ट आर सी एम पी को अपनी निजी जानकारी एकत्र करने के लिए अधिकृत कर रहे हैं। यह जानकारी केवल <i>आर सी एम पी अधिनियम</i> के भाग VII से संबंधित उद्देश्यों के लिए एकत्रित की जा रही है। अन्य संगत दस्तावेजों के साथ शिकायत फार्म <i>आर सी एम पी अधिनियम</i> की उपधारा 45.35(3) से संबंधित जांच के लिए आर सी एम पी को भेजा जा सकता है। तदनुसार, एक आर सी एम पी शिकायत जांचकर्ता बयान लेने के लिए आपसे संपर्क कर सकता है।</p> <p>यह जानकारी पर्सनल इन्फॉर्मेशन बैंक सी पी सी पी पी यू 005 में रखी जाती है और गोपनीयता अधिनियम के अनुसार आपको इस जानकारी तक पहुंच का अधिकार है।</p>	

हम अंग्रेजी और फ्रेंच में जानकारी प्रदान करते हैं। यह विवरण पुस्तिका, हमारा शिकायत फार्म और दुभाषिया सुविधाएं अन्य भाषाओं में भी उपलब्ध हैं।