

Constituent Services  
ثبت شکایت نزد  
DSHS  
File a Complaint with DSHS

ممکن است اتفاقی رخ دهد که مایل باشید مشکل یا شکایتی در رابطه با ارتباطات یا خدمات دریافتی خود از سازمان خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS) یا ارائه‌دهندگان تحت قرارداد آن طرح کنید. امکان طرح شکایت در رابطه با مشکل یا نگرانی‌تان وجود دارد. چنانچه نگرانی‌ای دارید، خواهشمندیم از این فرم برای ارسال شکایت خود استفاده کنید. پس از دریافت شکایت، یکی از متخصصان برنامه مربوطه آن را با شما پیگیری می‌کند تا به شما کمک کند. بازخوردتان را ارج می‌نهیم.

فرم تکمیل‌شده خود را به این نشانی ارسال کنید:  
Department of Social and Health Service  
PO Box 45131  
Olympia, WA 98504-5130

جهت کسب اطلاعات بیشتر، طرح درخواست‌ها، سوالات یا پیشنهادات خود، لطفاً از طریق تماس با شماره 800-737-0617 یا ارسال ایمیل به [askdshs@dshs.wa.gov](mailto:askdshs@dshs.wa.gov)، با خدمات موکل DSHS تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD از طریق شماره 711 یا 1-800-833-6384 می‌توانند با خدمات رله واشنگتن (Washington Relay Service) تماس بگیرند.

اگر کارمند DSHS و به‌دنبال طرح شکایت تبعیض یا حقوق مدنی نزد واحد تحقیقات کارمندان DSHS هستید، لطفاً از طریق ایمیل [iraucomplaints@dshs.wa.gov](mailto:iraucomplaints@dshs.wa.gov) مستقیماً با این واحد ارتباط برقرار کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد تحقیقات تبعیض و حقوق مدنی، لطفاً با ارسال ایمیل به ما از طریق [ojcr@dshs.wa.gov](mailto:ojcr@dshs.wa.gov) با اداره عدالت و حقوق مدنی DSHS (DSHS Office of Justice and Civil Rights) تماس بگیرید.

ایمیل روش مطمئنی برای برقراری ارتباط نیست. در صورت استفاده از سرویس ایمیل تجاری (نظیر جیمیل، هاتمیل، یاهو و غیره)، این ریسک وجود دارد که اشخاص ثالث غیرمجاز بتوانند اطلاعات شخصی شما را مشاهده کنند. لطفاً این موضوع را هنگام ارسال ایمیل به DSHS در ذهن داشته باشید. DSHS هنگام ارسال اطلاعات محرمانه از طریق ایمیل به شما از سیستم ایمیل ایمن استفاده می‌کند. به‌دلیل محرمانگی اطلاعات، نمی‌توانیم اطلاعات خاصی را از طریق اینترنت برای شما ارسال کنیم؛ بنابراین، در صورت امکان، روش‌های دیگری نظیر نشانی پستی یا شماره تلفن را معرفی کنید تا از طریق این روش‌ها با شما ارتباط برقرار کنیم.

لطفاً اطلاعات ضروری مشخص‌شده با ستاره را ارائه دهید تا بتوانیم با شما تماس بگیریم و در مورد درخواستان صحبت کنیم.

\* قسمت‌های ضروری. سایر موارد اختیاری است.

Constituent Services  
ثبت شکایت نزد  
DSHS  
File a Complaint with DSHS

موضوع*	نوع بازخورد* شکایت <input type="checkbox"/> سؤال <input type="checkbox"/> پیشنهاد <input type="checkbox"/> درخواست <input type="checkbox"/> تشکر <input type="checkbox"/>
مشتری یا فرد نیازمند خدمات (اگر فرد دیگری است)	نام شما*
مشتری زیر سن قانونی است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مایلید پاسخی دریافت کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> روشن ارتباط ترجیحی (اگر مایل به دریافت پاسخ هستید): <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> پست عادی <input type="checkbox"/> تماس تلفنی <input type="checkbox"/> لطفاً توجه داشته باشید: ما قادر به ارسال اطلاعات شخصی از طریق ایمیل نیستیم.	
ایالت زیپکد	شهر نشانی
آدرس ایمیل*	شماره تلفن (همراه با کد منطقه)
شماره پرونده (در صورت وجود)	
پیام*	