**އޮފީސް ފޮރ ސިވިލް ރައިޓްސް އަށް ޝަކުވާ ހުށަހަޅާ ފޯމު**

**COMPLAINT SUBMISSION FORM TO THE OFFICE OF CIVIL RIGHTS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ޝަކުވާ ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ ޢާންމު މަޢުލޫމާތު   COMPLAINANT’S INFORMATION | | |
| ދިވެހި ރައްޔިތެއްކަން އަންގައިދޭ ކާޑު ނަންބަރު / ޕާސްޕޯޓު ނަންބަރު:  (National ID Card No: / Passport No:) | | ފުރިހަމަ ނަން:  (Full Name) |
| އުފަން ތާރީޚް:  (Date of Birth) | | ޤައުމު:  (Nationality) |
| ފޯނު ނަންބަރު:  (Contact No:) | | ދާއިމީ އެޑްރެސް:  (Permanent Address) |
| އީމެއިލް އެޑްރެސް:  (Email Address) | | މިހާރު ދިރިއުޅޭ އެޑްރެސް:  (Current Address) |
| ޙައްޤު ގެއްލިފައިވާ ފަރާތާ ހުރި ގުޅުން (އެހެން މީހެއްގެ ފަރާތުން ހުށަހަޅާ ނަމަ)؛  (Relationship with the person whose right have been allegedly violated (if it is not the complainant)) | | |
| 1. ޙައްޤު ގެއްލުނު ފަރާތުގެ ޢާންމު މަޢުލޫމާތު (މި ބައި ފުރާނީ، ޝަކުވާ ހުށަހަޅާ ފަރާތަކީ ޙައްޤު ގެއްލުނު ފަރާތް ނޫންނަމަ)   INFORMATION OF THE PERSON WHOSE RIGHT HAVE BEEN ALLEGEDLY VIOLATED | | |
| ދިވެހި ރައްޔިތެއްކަން އަންގައިދޭ ކާޑު ނަންބަރު / ޕާސްޕޯޓު ނަންބަރު:  (National ID Card No: / Passport No:) | | ފުރިހަމަ ނަން:  (Full Name) |
| އުފަން ތާރީޚް:  (Date of Birth) | | ދާއިމީ އެޑްރެސް:  (Permanent Address) |
| ފޯނު ނަންބަރު:  (Contact No:) | | މިހާރު ދިރިއުޅޭ އެޑްރެސް:  (Current Address) |
| އީމެއިލް އެޑްރެސް:  (Email Address) | | |
| 1. ހުށަހަޅާ ޝަކުވާ ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޝަރުޢީ ކޯޓަކަށް ހުށަހަޅާފައިވާނަމަ:   FILL THIS SECTION IF THE COMPLAINT HAS BEEN SUBMITTED TO A COURT | | |
| މައްސަލަ ހުށަހެޅުނު ކޯޓު:  (Court) | | މައްސަލައިގެ ޤަޟިއްޔާ ނަންބަރު:  (Case Number) |
| މައްސަލަ ނިމިފައިވާނަމަ ތާރީޚް:  (Date of Closure) | | މައްސަލަ ހުށަހެޅުނު ތާރީޚް:  (Date of Submission) |
| **ނޯޓު: މައްސަލަ ނިމިފައިވާނަމަ، މައްސަލަ ނިމުނުގޮތުގެ ރިޕޯޓު މި ފޯމާއެކު ހުށަހަޅަންވާނެއެވެ.**  **(Note: If a judgment has been issued in the case, please submit a copy of the case report with this form)** | | |
| 1. ހުށަހަޅާ ޝަކުވާ ކަމާގުޅޭ އިދާރާއަކަށް ހުށަހަޅާފައިވާނަމަ:   FILL THIS SECTION IF THE COMPLAINT HAS BEEN SUBMITTED TO A RELEVANT INSTITUTION | | |
| މައްސަލަ ހުށަހެޅުނު ތާރީޚް:  (Date of Submission) | މައްސަލަ ހުށަހެޅުނު އިދާރާ:  (Name of the Institution) | |
| ޖަވާބު ލިބިފައިވާނަމަ، ޖަވާބު ލިބުނު ތާރީޚް:  (Response received, if any) | | |
| ޖަވާބު ލިބިފައިވާނަމަ، ލިބިފައިވާ ޖަވާބުގެ ތަފްޞީލު:  (Response received, if any) | | |
| 1. ހުށަހަޅާ މައްސަލައިގެ ތަފްޞީލު   DETAILS OF THE COMPLAINT | | |
|  | | |
| 1. އިޤްރާރު   DECLARATION | | |
| މި ފޯމުގައި ދީފައިވާ މަޢުލޫމާތަކީ ޞައްޙަ މަޢުލޫމާތުތަކެއްކަމަށް އަހުރެން އިޤްރާރުވަމެވެ.  I hereby declare, the information provided in this form is true and correct to the best of my knowledge.  ނަން (Name):  ތާރީޚް (Date):  ސޮއި (Signature): | | |
| މައްސަލަ ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ ސަމާލުކަމަށް  ATTENTION / FOR INFORMATION | | |
| މަޢުލޫމާތު ފުރިހަމަކުރުމަށް ކަނޑައެޅިފައިވާ ގޮޅީގައި ލިޔަން ބޭނުންވާ މަޢުލޫމާތު ނުލިޔެވޭނަމަ އިތުރު ގަނޑެއްގައި ލިޔެ މިފޯމާ އެކު ހުށަހެޅިދާނެއެވެ.  މި ފޯމު ކޮމްޕިއުޓަރުން ފުރިހަމަކުރާނަމަ ފުރިހަމަކުރާންވާނީ، ދިވެހިބަހުން ނަމަ، ފަރުމާ ފޮންޓުގައި، ފޮންޓް ސައިޒް 12 ގައެވެ. ލިޔުންތައް ހުންނަންވާނީ، ކަޅުކުލައިންނެވެ. އަދި އިނގިރޭސި ބަހުން ނަމަ، ޓައިމްސް ނިއު ރޯމަން ފޮންޓުގައި، ފޮންޓް ސައިޒް 12 ގައެވެ.  މި ފޯމުގައި ފުރިހަމަކުރަންޖެހޭ މަޢުލޫމާތު ފުރިހަމަކޮށްފައި ނުވާނަމަ، މި ފޯމު ބަލައެއް ނުގަނެވޭނެއެވެ.  މިފޯމާއެކު އަންނަނިވި ލިިޔުންތައް ހުށަހަޅަންވާނެއެވެ:   * ފޯމު ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ ދިވެހި ރައްޔިތެއްކަން އަންގައިދޭ ކާޑު ނުވަތަ ޕާސްޕޯޓު ނުވަތަ ލައިސެންސް ކާޑުގެ ކޮޕީއެއް؛ * ފޯމު ހުށަހަޅާ ފަރާތަކީ ޙައްޤު ގެއްލިފައިވާ ފަރާތްކަމަށްނުވާނަމަ، ޙައްޤު ގެއްލިފައިވާ ފަރާތުގެ ދިވެހި ރައްޔިތެއްކަން އަންގައިދޭ ކާޑު ނުވަތަ ޕާސްޕޯޓު ނުވަތަ ލައިސެންސް ކާޑުގެ ކޮޕީއެއް؛ * ހުށަހަޅާ ޝަކުވާއާ ގުޅޭ މައްސަލައެއް ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޝަރުޢީ ކޯޓެއްގައި ކުރިއަށްގޮސްފައިވާނަމަ، އަދި އެ މައްސަލައެއް ކޯޓުން ނިންމަވާފައިވާނަމަ، ޝަރީޢަތް ނިމުނުގޮތުގެ ރިޕޯޓުގެ ކޮޕީއެއް؛ * ހުށަހަޅާ ޝަކުވާ އެހެން އިދާރާއަކަށް ހުށަހަޅާފައިވާނަމަ، އެ އިދާރާއަކުން ދީފައިވާ ޖަވާބުގެ ކޮޕީއެއް؛ * ޝަކުވާއާ ގުޅޭ އެހެނިހެން ލިޔުންތައް.   ފޯމު ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ ފޯނު ނަންބަރު ނުވަތަ މި އޮފީހުން ފޮނުވަންޖެހޭ ލިޔުންތައް ފޮނުވަންވީ އެޑްރެސް ބަދަލުވެއްޖެނަމަ، ވީ އެންމެ އަވަހަކަށް އެކަން މިއޮފީހަށް އަންގަންވާނެއެވެ.  އިތުރު މަޢުލޫމާތު ސާފުކުރަން ބޭނުންވާނަމަ [civilrights@agoffice.gov.mv](mailto:civilrights@agoffice.gov.mv) އަށް އީމެއިލް ކުރެއްވުން އެދެމެވެ. ނުވަތަ 3010100 / 3010101 އަށް ގުޅުއްވުން އެދެމެވެ.  If the allocated space in the form is insufficient for the required information, please write in a separate sheet and submit the sheet along with the complaint form.  If the form is filled using the computer, please use Faruma font, font size 12 for Dhivehi and Times New Roman font, font size 12 for English. Please fill using black ink.  If the required information is not completed, this form will not be accepted.  All relevant documents must be submitted along with this complaint form, including:   * The National Identity Card or Passport or License Card copy of the Complainant; * If the Complainant is submitting the complaint on behalf of another person, the National Identity Card or Passport or License Card copy of the person whose right have been allegedly violated. * If a judgment has been issued by a court in the case, a copy of the case report; * If the complaint has been previously submitted to another relevant institution, a copy of the response provided by that institution; * Other documents relevant to the complaint.   The office must be duly informed of any changes to Complainant’s contact number and/ or address.  In case of any clarifications or doubts in submitting complaints, please reach us via our email [civilrights@agoffice.gov.mv](mailto:civilrights@agoffice.gov.mv) or contact us at 3010100 / 3010101. | | |

­­­­­­­­­­­­­­­­­­