A.B.D. ULUSAL GÜVENLİK BAKANLIĞI

MEDENİ HAKLAR ŞİKAYETİ

OMB Kontrol No. 1601-0035
Son Kullanma Tarihi: 08/31/2025

Bu belgenin amacı, DHS programları ve faaliyetleriyle ilgili olarak A.B.D. Ulusal Güvenlik Bakanlığı (DHS) Medeni Haklar ve Sivil Özgürlükler Ofisine (CRCL) bir sivil haklar/medeni özgürlükler şikayetinde bulunmanıza yardımcı olmaktır. Bu belge, DHS'de istihdam ile ilgili şikayetlerde kullanmak için tasarlanmamıştır. Şikayette bulunmak için bu belgeyi kullanmanız gerekmemektedir; aynı bilgileri içeren bir mektup yeterlidir. Mektupla şikayette bulunursanız, bu belgede istenen bilgilerin aynısını eklemelisiniz. Genel olarak, CRCL'ye mümkün olduğunca fazla bilgi sağlamak, iddialarınızın soruşturulmasına yardımcı olur. Fakat, formdaki alanların hiçbiri zorunlu değildir ve CRCL, sağladığınız bilgileri inceleyecektir.

CRCL Misyonu:

DHS Medeni Haklar ve Sivil Özgürlükler Ofisi (CRCL), bireysel özgürlüğü, adaleti ve yasalara göre eşitliği korurken ulusu güvence altına aldığı için, A.B.D. Ulusal Güvenlik Bakanlığı'nı desteklemektedir. DHS'nin tedbirleri ve programları iyileştirmesine yardımcı olmak için, medeni haklar ve sivil özgürlüklerin ihlal edildiği iddialarını araştırıyoruz.

DHS medeni haklar veya sivil özgürlükler şikayetiniz var mı? DHS personelinin veya bir DHS programının veya etkinliğinin haklarınızı ihlal ettiğini düşünüyorsanız, sizden haber almak istiyoruz. Bu belgeyi doldurun veya bize bir e-posta veya mektup yazın.

Bu belge, şu adreste, diğer dillerde de mevcuttur: www.dhs.gov/file-civil-rights-complaint. Şikayetler, İngilizce dışındaki dillerde kabul edilir. İngilizce konuşamıyor veya yazamıyorsanız, CRCL'nin tercümanlara ve çevirmenlere erişimi mevcut olup, sizinle herhangi bir dilde iletişim kurabilir.

Bir DHS programı, faaliyeti veya politikası ile bağlantılı olarak aşağıdakileri yaşadınız mı:

- Irkınız, etnik kökeniniz, ulusal kökeniniz, dininiz, cinsiyetiniz, cinsel yöneliminiz, cinsel kimliğiniz veya engelliliğinize dayalı ayrımcılık yaşadınız mı? (Not: bu formu, istihdam ayrımcılığı hakkında şikayette bulunmak için kullanmayın; bkz. **www.dhs.gov/filing-equal-employment-opportunity-eeo-complaint**)
- Sınırlı İngilizce yeterliliği nedeniyle, DHS veya DHS destekli programlara, faaliyetlere veya hizmetlere anlamlı erişiminiz reddedildi mi?
- Göçmen gözaltı merkezindeyken veya göçmenlik yaptırımının bir konusu olarak, haklarınız ihlal edildi mi?
- Amerika Birleşik Devletleri'ne girişle ilgili ayrımcılık veya uygunsuz sorgulama oldu mu?
- Suçlamaları zamanında bildirme veya avukatınıza erişim hakkınız gibi, yasal işlem hakkınız ihlal edildi mi?
- Kadına Yönelik Şiddet Yasası'nın gizlilik gereklilikleri veya göçmenlik statüsüyle ilgili gizlilik gereklilikleri ihlal edildi mi?
- Size, fiziksel istismar veya başka bir tür istismar uygulandı mı?
- DHS'den mali yardım alan bir kuruluş veya program tarafından yapılan ayrımcılık da dahil olmak üzere, bir DHS programı veya etkinliğiyle ilgili başka herhangi bir medeni hak veya sivil özgürlük ihlali oldu mı?

Gizlilik ve Anonimlik Üzerine Notlar:

A) Aşağıya adınızı girmeyerek, anonim kalabilirsiniz. Fakat, bir soruşturma yürütmek için yeterli bilgi sağlamadığınız sürece, CRCL, şikayetinizi soruşturamayabilir.

B) Kimliğiniz de dahil olmak üzere, sağladığınız bilgilerin ifşası "bilmesi gereken" esasına dayalıdır ve bu belgenin sonundaki Gizlilik Bildiriminde tartışılmaktadır. AŞAĞIDAKİ KUTUYU İŞARETLİYORSANIZ, (suç oluşturan suistimal soruşturulması için gerekli olmadıkça) KİMLİĞİNİZİ DHS İÇİ VEYA DIŞINDAKİ BAŞKA DAİRELERE İFŞA ETMEYİZ. Ancak not olarak, bu kutuyu işaretlemenin, birçok durumda öne sürdüğünüz iddiaları araştırmamızı çok zor veya imkansız hale getireceğini de unutmayın.

☐ CRCL'nin, adımı diğer dairelere açıklamasını İSTEMİYORUM ve bu kararın genellikle bir soruşturmanın yapılmasını imkansız hale getireceğini anlıyorum.

Misillemeye Karşı Yasak ile ilgili Not:

Federal yasalar, herhangi bir Federal çalışanın, CRCL'ye şikayette bulunan veya bilgi ifşa eden bir kişiye karşı misilleme yapmasını veya kısas yapmasını yasaklar. Sizin veya başka birinin böyle bir misillemeye maruz kaldığına inanıyorsanız, lütfen hemen **CRCLCompliance@hq.dhs.gov** adresine e-posta göndererek veya 866-644-8369, 866-644-8361 (TTY) numaralı telefondan CRCL ile iletişime geçin.

ŞİKAYET BİLGİLERİ

1. Medeni haklar/sivil özgürlükler ihlali iddiasını yaşayan kişi hakkında bilgi (Bildiğiniz kadarını doldurun)

Adı: _____ _____
İlk ve Orta Adı (İsim) Soyadı (Aile Adı/Soy isim)

Telefon No: Cep/Mobil: _____ Ev: _____ İş: _____

Posta Adresi: _____ _____ _____ _____
Posta Kutusu yada Sokak adresi Şehir Eyalet Posta Kodu

_____
Ülke (Amerika Birleşik Devletleri dışındaysa)

Doğum Tarihi (ay/gün/yıl): _____ E-posta: _____

Yabancı Kayıt Numarası (varsa ve mevcutsa): _____

☐ Şu anda gözaltında iseniz, burayı işaretleyin.

Hangi gözaltı merkezi? _____ _____
Tesis adı Tesis adresi

☐ Bu şikayette açıklanan sorunlar için bir avukat tarafından temsil ediliyorsanız, burayı işaretleyin. Öyleyse, lütfen avukatın adını ve iletişim bilgilerini sağlayın:

_____

2. Bu şikayet formunu başka bir kişi adına mı dolduruyorsunuz?

Cevabınız evet ise, lütfen kendi bilgilerinizi aşağıya ve onların bilgilerini yukarıya giriniz. (CRCL'nin size bilgi vermesine izin vermek için, iddia edilen medeni haklar veya sivil özgürlükler ihlalini yaşayan kişi tarafından imzalanmış, yazılı onay göndermeniz gerektiğini lütfen unutmayın.)

Adı: _____ _____
İlk ve Orta Adı (İsim) Soyadı (Aile Adı/Soy isim)

İş Unvanı (varsa): _____

Kuruluş (varsa): _____

Telefon No: Cep/Mobil: _____ Ev: _____ İş: _____

E-posta: _____

Posta Adresi: _____ _____ _____ _____
Posta Kutusu yada Sokak adresi Şehir Eyalet Posta Kodu

_____
Ülke (Amerika Birleşik Devletleri dışındaysa)

3. Ne oldu? (Şikayetinizi izah edin. Mümkün olduğunca fazla ayrıntı verin.)

Gerekirse ek bir sayfada devam edin.

Bu ne zaman oldu? Devam ediyorsa, lütfen sorunun ne zaman başladığını belirtin. (Birden fazla tarihte olmuşsa, tüm tarihleri listeleyiniz):

Bu nerede oldu?

Yer (örneğin, gözaltı merkezini, havaalanını veya başka bir yeri adlandırın): _____

Şehir: _____ Eyalet veya Ülke: _____

4. Bu kimin hakkında?

Bir çalışan, yüklenici, memur veya program (uygun olanların hepsini işaretleyin):

- ☐ Göçmenlik ve Vatandaşlık Hizmetleri (USCIS)
- ☐ Gümrük ve Sınır Muhafaza Birimi (CBP)*
  - ☐ Gümrük Memuru
  - ☐ Sınır Devriyesi Ajanı
- ☐ Federal Acil Durum Yönetim Kurulu (FEMA)
- ☐ A.B.D. Gümrük ve Sınır Muhafaza Birimi (ICE)
- ☐ A.B.D. Gizli Servisi (USSS)
- ☐ Ulaştırma Güvenliği İdaresi (TSA)*
- ☐ A.B.D. Sahil Güvenlik (USCG)
- ☐ Emin değilim
- ☐ DHS yetkisi altında çalışan, DHS dışı çalışan (örn. 287(g) görevlisi) (belirtiniz): _____
- ☐ Diğer (belirtiniz): _____

*Şikayetiniz bir hava limanı, tren istasyonu veya sınır geçişindeki bir tarama olayıyla ilgiliyse, A.B.D. Ulusal Güvenlik Bakanlığı'nın, Yolcu Şikayeti Sorgulama Programı (DHS TRIP) ile de şikayette bulunabilirsiniz. Şu adrese gidin:: **www.dhs.gov/trip**.

5. Olanları görmüş veya duymuş olabilecek diğer kişileri listeleyin.

(Adını/Adlarını bilmiyorsanız, mümkün olan her türlü ayrıntıyı sağlayın.)

Ad (veya diğer bilgiler, örneğin ajans): _____

Posta Adresi: _____ _____ _____ _____
Posta Kutusu yada Sokak adresi | Şehir | Eyalet | Posta Kodu

Telefon No: _____ E-posta: _____

Ad (veya diğer bilgiler, örneğin ajans): _____

Posta Adresi: _____ _____ _____ _____
Posta Kutusu yada Sokak adresi | Şehir | Eyalet | Posta Kodu

Telefon No: _____ E-posta: _____

Gerekirse ek bir sayfada devam edin.

6. Bu şikayetle ilgili olarak başka herhangi bir DHS bölümü veya başka bir federal, eyalet veya yerel hükümet kurumu ya da mahkemesi ile iletişime geçtiniz mi?

☐ Evet: Kurum/Daire/Mahkeme: _____ Tarih: _____

☐ Hayır

Eğer öyleyse, şikayetinize yanıt veren oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

(Evet ise, şikayetinize yanıt vermek için neler yapıldığını açıklayın.)

7. Bilmemizi veya dikkate almamızı istediğiniz başka bir bilgi var mı?
(Gerekirse, bu formun sonunda sağlanan ek bir sayfada devam edin.)

Gerekirse ek bir sayfada devam edin.

8. İngilizceniz yetersiz ise, lütfen sizinle iletişim kurmak için kullanmamız gereken dili belirleyin.

Dil: _____

9. Bu formu veya başka bir soruyu anlamakta problem yaşıyorsanız, CRCL ile iletişime geçin:

E-posta: CRCLCompliance@hq.dhs.gov

Telefon: Yerel: 202-401-1474, or
Toll Free: 866-644-8360

TTY: Yerel TTY: 202-401-0470, or
Ücretsiz Hat TTY: 866-644-8361

Faks: 202-401-4708

A.B.D. Posta Hizmetleri:

A.B.D. Ulusal Güvenlik Bakanlığı
Medeni Haklar ve Sivil Özgürlükler Ofisi
Uyum Şubesi, Mail Stop #0190
2707 Martin Luther King Jr Ave SE
Washington, DC 20528-0190
Not: Güvenlik önlemleri nedeniyle, A.B.D. postalarını almamız, 4 hafta kadar sürebilir.

10. Bu formu e-posta ile göndermek için lütfen kaydedin, iliştirin ve CRCLCompliance@hq.dhs.gov. adresine gönderin. Lütfen belgeler, fotoğraflar, tıbbi kayıtlar, şikayetler veya tanık ifadeleri gibi, şikayetinizi destekleyen tüm bilgileri ekleyin veya gönderin.

Orijinalleri değil, kopyaları gönderin; adınızı ve bu şikayetin tarihini her evraka yazın. (Şu numaraya Fakslayın: 202-401-4708, yada, evraklarınızın taramalarını, **CRCLCompliance@hq.dhs.gov** adresine e-posta ile gönderin veya yukarıda listelenen adrese posta ile gönderin.)

Bu formun doldurulduğu tarih: _____

Bu şikayetin bir kopyasını kayıtlarınızda saklayın.

Gizlilik Yasası Bildirimi

Yetki: 6 U.S.C. § 345 ve 42 U.S.C. § 2000ee-1, bu bilgilerin toplanmasına izin verir.

Amaç: A.B.D. Ulusal Güvenlik Bakanlığı (DHS) bu bilgileri, DHS çalışanları, programları veya faaliyetleri ile ilgili, olası medeni haklar ve/veya sivil özgürlüklerin ihlalleri hakkında, halktan gelen şikayetleri ve bilgileri incelemek ve araştırmak için kullanacaktır.

Rutin Kullanımlar: Bu bilgiler, şikayetinizi gözden geçirmek için, bilgileri bilmesi gereken DHS içindeki personel ve yüklenicilere ifşa edilebilir ve bunlar tarafından kullanılabilir. DHS Medeni Haklar ve Sivil Özgürlükler Ofisi (CRCL), şikayetinizi ele almak için veya yayınlanmış A.B.D. Ulusal Güvenlik Bakanlığı/ALL-029 Medeni Haklar ve Sivil Özgürlükler Kayıtlar Sistemi Kayıtları uyarınca, DHS dışındaki uygun devlet kurumlarıyla veya sivil toplum kuruluşlarıyla da gerektiğinde bilgilerinizi paylaşabilir.

Açıklama: Bu bilgilerin CRCL'ye verilmesi isteğe bağlıdır; ancak, istenen bilgilerin verilmemesi, CRCL'nin şikayetinizin yeterince incelemesini ve soruşturmasını geciktirebilir veya engelleyebilir. Gerektiği takdirde, CRCL, endişelerinizi gidermek amacıyla uygun yöntemi belirlemek için sizden ek bilgi de isteyebilir.

Gizlilik Yasası hakkında daha fazla bilgi edinmek için, **www.dhs.gov/privacy** adresine gidin.

Evrak Azaltma Yasası

Bu bilgi toplama işlemini tamamlamak için, talimatların gözden geçirilmesi, mevcut veri kaynaklarının aranması, gerekli verilerin toplanması ve sürdürülmesi ve toplanan bilgilerin tamamlanması ve gözden geçirilmesi için geçen süre dahi olmak üzere, yanıt başına 1 saat olduğu tahmin edilmektedir. Bir devlet dairesi, yürütemez veya sponsor olamaz ve o anda geçerli bir OMB kontrol numarası ve son kullanma tarihi göstermediği sürece, bir kişinin, bir bilgi toplanmasına yanıt vermesi gerekmez. Bu yük tahmini veya bu yükün azaltılmasına yönelik öneriler de dahil olmak üzere, bu bilgi koleksiyonunun herhangi bir yönü hakkında yorumlarınızı, DHS Medeni Haklar ve Sivil Özgürlükler Ofisine, **CRCLCompliance@hq.dhs.gov**, DİKKAT: PRA 1601-NEW olarak gönderin.

You may use the following pages to include additional information about your complaint if needed. Please specify which number(s) above you are continuing.

A.B.D. ULUSAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
MEDENİ HAKLAR VE SİVİL ÖZGÜRLÜKLER DAİRESİ

BİLGİLERİN BAŞKA BİR KİŞİYE AÇIKLANMASI İÇİN YETKİ

Lütfen, A.B.D. Ulusal Güvenlik Bakanlığı (DHS) Medeni Haklar ve Sivil Özgürlükler Dairesine (CRCL), endişelerinizle ilgili bilgileri başka bir kişiye ifşa etmesine yetki vermek için, bu formu doldurun. Yıldız (*) ile işaretlenmiş alanların doldurulması zorunludur. Bu formu doldurmak isteğe bağlıdır; ne DHS ne de üçüncü bir taraf sizi bu formu doldurmaya ve göndermeye zorlayamaz. Yetkilendirmeniz, CRCL'nin, endişelerinizi incelemesini tamamlamasının ardından 24 ay boyunca geçerlidir.

BÖLÜM I. Kişisel Bilgiler

*Ad Soyad		
*Adres		
*Şehir	*Eyalet	*Posta Kodu
Ülke	Telefon Numarası/Numaraları	E-posta Adresi (varsa)
*Doğum Tarihi	*Doğum Yeri (şehir, eyalet, ülke)	Yabancı Kayıt Numarası (varsa)

BÖLÜM II. Temsilci Bilgileri

Kişi veya Kuruluşun Adı		
Adres		
Şehir	Eyalet	Posta Kodu
Ülke	Telefon Numarası/Numaraları	

1974 tarihli Gizlilik Yasası (5 U.S.C. §552a(b)) uyarınca, DHS'ye ve/veya DHS Bileşeni öğelerine, DHS'ye ilettiğim şikayetler veya gündeme getirdiğim konularla ilgili tüm bilgileri verme yetkisi veriyorum.

28 U.S.C. §1746 uyarınca, Amerika Birleşik Devletleri yasaları uyarınca, yukarıda belirtilenlerin doğruluk şartına uygun olduğunu ve yukarıda Bölüm I'de adı geçen kişi olduğumu beyan ederim. Bu beyandaki verilen çarpıtılmasının, 18 U.S.C. §1001 uyarınca, 10.000 dolardan fazla olmayan para cezası veya beş yıldan fazla olmayan hapis cezası veya her ikisi ile

İmza _____ Tarih _____

GİZLİLİK YASASI BİLDİRİMİ:

YETKİ: 6 U.S.C § 345 ve 42 U.S.C. § 2000ee-1, DHS CRCL'ye, DHS çalışanları ve yetkilileri tarafından medeni hakların, medeni özgürlüklerin ve ırk, etnik köken veya din temelinde profil çıkarmanın ihlallerine ilişkin bilgileri gözden geçirme ve değerlendirme yetkisi verir.

BAŞLICA AMAÇ(LAR): DHS, bireysel şikayetçilerden ve kamu kaynaklarından aldığı bilgileri, DHS çalışanları, programları veya faaliyetleriyle ilgili, olası medeni hak ve/veya sivil özgürlük ihlallerini ele almak için kullanabilir.

RUTİN KULLANIM(LAR): DHS, sağladığınız bilgilerin işlenmesi amacıyla, DHS/ALL-029 Medeni Haklar ve Sivil Özgürlükler Kayıtlar Sistemi Kayıtları, 75 FR 39266 (8 Temmuz 2010) içinde listelenen rutin kullanımlar kapsamında, DHS dışında bilgilerinizi paylaşabilir.

AÇIKLAMA: Bu bilgilerin sağlanması isteğe bağladır.