

فرم شکایت یا درخواست مردمی

ع-۱۳۴ (۲-۱۳۸۵) سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور
فرم شماره (۱) - صفحه یک

مشخصات اشخاص حقیقی			
۱- نام و نام خانوادگی:	۲- نام پدر:	۳- شماره شناسنامه:	
۴- کد ملی:	۵- محل صدور: استان: _____	۶- تاریخ تولد: _____	
	شهرستان: _____	روز _____ ماه _____ سال _____	
۴-۱- کد پستی:	۸- شغل:	۹- محل اشتغال:	
۷- میزان تحصیلات:	۱۰- آدرس محل اشتغال: _____		
۱۱- آدرس محل سکونت:	کد پستی:	تلفن:	
۱۲- وضعیت خاص: <input type="checkbox"/> خانواده شهید <input type="checkbox"/> جانباز <input type="checkbox"/> آزاده <input type="checkbox"/> رزمنده <input type="checkbox"/> روشندل <input type="checkbox"/> معلول <input type="checkbox"/> بی سرپرست <input type="checkbox"/> یتیم <input type="checkbox"/> روحانی <input type="checkbox"/> تحت پوشش مرکز امدادی			
مشخصات اشخاص حقوقی			
۱- نام شرکت:	۲- شماره ثبت:	۳- زمینه اصلی فعالیت:	
۴- نام و نام خانوادگی مدیر عامل:	کد ملی:	تلفن:	
۵- آدرس پستی شرکت:	کد پستی:	تلفن:	
۶- آدرس پست الکترونیکی شرکت:	دورنگار:		
<p>نام دستگاه یا واحد سازمانی مورد شکایت:</p> <p>۱- آیا در رابطه با شکایت یا درخواست خود مدارکی دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> برگ ضمیمه شده است.</p> <p>۲- آیا در مراجع دیگر نیز اقدام به شکایت یا درخواست نموده‌اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام مرجع: _____</p> <p>۳- نتیجه شکایت یا درخواست برگ ضمیمه شده است.</p> <p>۴- آیا سابقه طرح شکایت یا درخواست از این دستگاه را داشته‌اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۵- آیا شکایت یا درخواست شما پیرامون موضوع قبلی مجدداً تکرار شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۶- آیا از نحوه پاسخگویی دستگاه در مورد شکایت یا درخواست قبلی خویش راضی هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ درج شکایت یا درخواست در مرحله قبل: _____</p> <p><input type="checkbox"/> فرمانداری <input type="checkbox"/> واحد اجرایی استان <input type="checkbox"/> استانداری <input type="checkbox"/> وزارتخانه یا سازمان</p>			
خلاصه موضوع			
تاریخ		امضاء یا اثر انگشت	
شماره ثبت:		تاریخ:	
<p>هموطن گرامی توجه فرمایید: طرح شکایت در مراجع بالاتر منوط به عدم پاسخگویی در موعد مقرر یا عدم رضایت از پاسخ دریافتی در مراجع پایین‌تر است. در صورتی که شکایت یا درخواست ابتدا در مراجع بالاتر مطرح شود، برای رسیدگی به مراجع ذیربط ارجاع خواهد شد.</p>			

این قسمت توسط شاکی یا متقاضی تکمیل می‌شود