



# Complaints form | ސުލުހު ދަންނަވާ ފޯމް

## 1. Complainant: 1. ދަންނަވާ ފަރާތް

Common Name: ނަންމު:  Full Name: ފުލް ނަންމު:

ID/Passport No: ފައިދޯ/ޕާސުޕޯޓް ނަންބަރު:  Permanent Address: ދިގު ހެއްދެވުމުގެ ހެއްދެވުން:

Nationality: ރާއްޖެ:  Email Address: ފައިލް ޅެއްސުގެ ހެއްދެވުން:  Date of Birth: ޖެނިއަރީ ޅެއްސުގެ ހެއްދެވުން:

Victim's Family Contact No: ފައިދޯ ޅެއްސުގެ ހެއްދެވުން:  ފޯން ނަންބަރު:

I wish to submit the complaint anonymously  ފައިދޯ ނަންމު ނުބަލައި ދަންނަވާ ފޯމް ފޮނުވާލަން ބޭނުންކުރަން ބޭނުންވަންނަނެވެ.

*Please note that the Investigation report cannot be shared, if the complaint is submitted anonymously*

## 2. Victim Information: 2. ފައިދޯގެ މަޢުލޯމާތު ދަންނަވާ ފޯމް

*Only fill out this section if you are complaining on behalf of someone else*

D.O.B: ޖެނިއަރީ ޅެއްސުގެ ހެއްދެވުން:  Nationality: ރާއްޖެ:  Full Name: ފުލް ނަންމު:

ID/Passport No: ފައިދޯ/ޕާސުޕޯޓް ނަންބަރު:  Permanent Address: ދިގު ހެއްދެވުމުގެ ހެއްދެވުން:

Your relationship to the victim ފައިދޯ ފަރާތް ނިންމާ ގޮތް:  Phone/Mobile: ފޯން ނަންބަރު:

## 3. Details of Rights Violated: 3. ފައިދޯގެ ރިއާސަތް ނުބަލައި ދަންނަވާ ފޯމް

Place of torture/Rights violated: ފައިދޯ ހެއްދެވުމުގެ ހެއްދެވުން/ރިއާސަތް ނުބަލައި ދަންނަވާ ހެއްދެވުން:

Time: ވަގުތު:  Date of torture/Rights violated: ފައިދޯ ހެއްދެވުމުގެ ހެއްދެވުން/ރިއާސަތް ނުބަލައި ދަންނަވާ ހެއްދެވުން:

Respondent(s) / Responsible Institution (If known): ފައިދޯ ހެއްދެވުމުގެ ހެއްދެވުން / ރިއާސަތް ނުބަލައި ދަންނަވާ ހެއްދެވުން (ނަންބަރު):

### If the Victim is Under Stare Care: ފައިދޯ ފަރާތް ނިންމާ ގޮތް ހެއްދެވުމުގެ ހެއްދެވުން ދަށުން ފައިދޯ ހެއްދެވުމުގެ ހެއްދެވުން:

Cell ޅެއްސު:  Wing ވިންގ:  Unit ޅެއްސު:  Name of Facility / Institution: ފައިދޯ ހެއްދެވުމުގެ ހެއްދެވުން / ރިއާސަތް ނުބަލައި ދަންނަވާ ހެއްދެވުން:



Please provide a detailed account of what happened

تفصیلاً بیان کریں کہ کیا ہوا:

Large empty box for providing a detailed account of what happened.

4. Complaints filed to the Institution: **4. اسٹیبلشمنٹ میں درج کیے گئے شکایات کی تفصیلات:**

درج ذیل شکایات اسٹیبلشمنٹ میں درج کیے گئے ہیں۔

Please fill this section, if complaints were filed with the institution regarding this issue.

Details of the complaint

شکایت کی تفصیلات / موضوع

Empty box for details of the complaint.

Date of Response received **جواب کی تاریخ / جواب کی تاریخ**

Date(s) of the complaints: **شکایت کی تاریخ / شکایت کی تاریخ**

Empty box for date of response received.

Empty box for date(s) of the complaints.

Details of Response received

جواب کی تفصیلات / جواب کی تفصیلات

Empty box for details of response received.

5. Declaration:

5. اقرار نامہ:

میں یہاں پر بیان کردہ تمام معلومات سچ اور درست ہیں۔

I hereby declare that the information stated above is true and correct to the best of my knowledge.

Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

6. Information of Staff who filled the form:

6. اسٹیبلشمنٹ میں درج کرنے والے عملے کی معلومات:

To be completed if this form is filled by a staff of the commission

یہ حصہ اسٹیبلشمنٹ کے عملے کے ذریعے پُر کیا جانا چاہئے۔

Form fields for staff name and ID number (1424).

Form fields for staff name and ID number (1424).

Form fields for staff name and ID number (1424).

Form fields for staff name and ID number (1424).