

Annex 1. CFM Standard Complaint Form

		mplaint Form to WFP to the nearest suggestion box or WFP office)	
To n Charge Community Engagement M World Food Programme	echanism		
Oate: DD MM Subject/Description	YYYY		
Name Father's Name ID Card No. (NRC/Scope/ Ration Card/Other) Household Size Room No./Shelter No. or House No./Street	mplaints (Please comp	Other Group Don't want to say	Age (Please tick) 0-17 18-59 60+ Don't want to sa
Keep this complaint confid This is a free form distribut committee members.		No (Please tick) ed freely at distribution points and can b	e taken from the activ
Office: to add your office		Number: Office CEM Helpline	





ကုလသမဂ္ဂ ကမ္ဘာ့စားနပ်ရိက္ခာ အစီအစဉ် - မြန်မာ

WFP သို့ ပေးစာ ဤစာကို နီးစပ်ရာဂိုဒေါင် (သို့မဟုတ်) ငွေကြေး ဖြန့်ဝေသည့်နေရာရှိ အကြုံပြုစာသုံးတွင်ထည့်နိုင်ပါသည်/WFP ရုံးသို့လည်းပို့ပေးနိုင်ပါသည်) သို့ တာဝန်ခံ လူထုပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုစနစ် ကုလသမဂ္ဂ ကမ္ဘာ့စားနပ်ရိက္စာ အစီအစဉ်ရုံး (WFP) ရက်စွဲ။ () ရက်၊ () လ၊၂၀ ခုနှစ် အကြော င်းအရာ။ စာပိုင်ရှင်ကို ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်များ (မိမိပြော၍ အဆင်ပြေသော အချက်အလက်များကိုသာ ဖြည့်ရန်) အမည် ကျား/မ (အမှန်ခြစ်ပါ) အသက် (အမှန်ခြစ်ပါ) အဖအမည် 0-09 ြ ကျား မှတ်ပုံတင်အမှတ်/Scope/ ြမ ____ე_{ი - ეც} ရိက္ခွာကဒ်အမှတ်/အခြား) 🔲 အခြား ြ ၆၀ အထက် မိသားစုဝင် အရေအတွက် 🗆 အုပ်စု 🔲 မပြောချင်ပါ အခန်းအမှတ်/Shelter အမှတ် (သို့) အိမ်အမှတ်/လမ်း 🔲 မပြောချင်ပါ Camp/ရက်ကွက်/ရွာအမည် : ______ ကျေးရွာအုပ်စု (သို့) မြို့အမည် : ______ မြို့နယ်အမည် ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်းနံပါတ် ဤစာပါအကြောင်းအရာများကို လျှို့ဝှတ်ထားရန် 🔲 လိုပါသည် 🔲 မလိုပါ ဤပုံစံကို WFP မှ အခမဲ့ဖြန့်ဝေပါသည်။ နီးစပ်ရာ ကော်မီတီဝင် (သို့မဟုတ်) ဖြန့်ဝေသည့်နေရာ/ ဂိုဒေါင်မှာ ရနိုင်ပါသည်။ လက်မှတ်

Office: to add your office Number: Office CEM Helpline

Email: <u>myanmar.cem@wfp.org</u> Website: <u>www.wfp.org/countries/myanmar</u>



Annex 2. CFM Intake Form

Subject*					
Case description*					
Concontt					
Consent*	sallastian of nav	and information	Voc	No	
Consent: Registration/			Yes	No	
= :		levant partners or WFP	Yes	No	
relevant units/persons		forward (third party)			
CEM user information	n T				
Type of CEM User*					
Name					
Father's Name					
Contact No					
Alternative Contact					
Number					
Location (current)					
Location (Original)					
Gender*					
Age*					
Status					
of CEM user/caller*					
	nsfer Modality	and Programme activitie	es)		
Cooperating Partner*					
Transfer Modality*		,			
WFP Programmes (acti	vities)*				
WFP Programmes Sub	-category*				
Case Category*					
Case Sub-Category*					
Additional info					
Preferred method of fo	ollow-up				
Preferred time of cont	act				
Communication chann	iel used to				
submit feedback*					
How did you learn abo	ut the CEM?				
Additional info (2)					
Any identify number					
Household Size					
Person with disability (if expressed)				
Timeline (Case)*					
Case status*					



olution*
ef explanation on resolution

Annex 3. CFM Helplines and E-mails

