



نموذج شكوى قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة

يُرجى استخدام هذا النموذج لتقديم شكوى على أساس الإعاقة في توفير الخدمات، أو الأنشطة، أو البرامج، أو الإعانات.
يُرجى إرسال هذا النموذج إلى منسق قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)، النائب المختص بوسائل الراحة المعقولة (DRA) (مدير قسم تنمية تكافؤ الفرص [DEOD])، يمكنك العثور على معلومات الاتصال الخاصة بمنسق قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) / النائب المختص بوسائل الراحة المعقولة (DRA) (مدير قسم تنمية تكافؤ الفرص) عبر الموقع الإلكتروني www.labor.ny.gov.

معلومات مقدم الشكوى:

الاسم: _____

هاتف المنزل: _____ الهاتف المحمول: _____

عنوان المنزل: _____

البريد الإلكتروني: _____

1. ادعاؤك ضد: _____

وكالة حكومية: _____

الاسم: _____

المنصب: _____

العنوان: _____

الهاتف: _____

2. مكان (أماكن) وتاريخ (تواريخ) الظروف التي تسببت في تقديمك للشكوى:

هل الظروف المتسببة في تقديمك للشكوى (الشكاوى) لا تزال مستمرة؟ نعم لا

3. يُرجى وصف رفض تقديم الخدمات، أو الأنشطة، أو البرامج أو الإعانات الذي تدعيه وكذلك سبب (أسباب) تقرير أن هذا السلوك تمييزي. يُرجى كتابة اسم (أسماء) الشهود، إن وجودوا، وإرفاق البيانات الداعمة إذا كانت متوفرة.

4. أ. هل قدمت مطالبة بشأن هذه الشكوى إلى وكالة فيدرالية، أو تابعة للولاية أو الحكومة المحلية؟
 نعم لا

ب. هل قمت بتوكيل محامٍ للدفاع عن الادعاءات الواردة في الشكوى؟
 نعم لا

ج. هل رفعت دعوى قضائية أو قضية أمام المحكمة من أجل هذه الشكوى؟
 نعم لا

5. تم استكمال نموذج الشكوى هذا من قبل:
 منسق قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) مقدم الشكوى

التوقيع: _____ التاريخ: _____