

# WE ARE YOUR DOL



مساوی مواقع کی ترقی کا ڈویژن

## امریکیوں کے معذوری ایکٹ کا شکایتی فارم

خدمات، سرگرمیوں، پروگراموں یا فوائد کی فراہمی میں معذوری کی بنیاد پر شکایت درج کرنے کے لیے براہ کرم اس فارم کا استعمال کریں۔

براہ کرم یہ فارم ADA رابطہ کار، NYS محکمہ برائے مزدوری (DOL) کے نامزد کردہ برائے معقول رہائش (DRA) (ڈائریکٹر برائے ڈویژن برائے مساوی مواقع کی ترقی [DEOD]) کو جمع کرائیں۔ آپ ADA رابطہ کار/DEOD (DRA کے ڈائریکٹر) کے لیے [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov) پر رابطہ کی معلومات حاصل کر سکتے ہیں۔

### شکایت کنندہ کی معلومات:

نام: \_\_\_\_\_

گھر کا فون: \_\_\_\_\_ سیل فون: \_\_\_\_\_

گھر کا پتہ: \_\_\_\_\_

ای میل: \_\_\_\_\_

1. آپ کا دعویٰ اس کے خلاف کیا گیا ہے:

ریاست ایجنسی: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_

عنوان: \_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_

فون: \_\_\_\_\_

2. آپ کی شکایت پیدا کرنے والے حالات کا مقام (مقامات) اور تاریخ (تاریخیں):

نہیں

ہاں

کیا آپ کی شکایت (شکایات) کے حالات جاری ہیں؟

3. براہ کرم خدمات، سرگرمیوں، پروگراموں یا فوائد اور آپ کی وجہ (وجوہات) کے مبینہ انکار کی وضاحت کریں یہ نتیجہ اخذ کرنے کے لیے کہ طرز عمل امتیازی تھا۔ براہ کرم گواہوں کے نام شامل کریں، اگر کوئی ہے، اور اگر دستیاب ہو تو معاون ڈیٹا منسلک کریں۔

4. A. کیا آپ نے اس شکایت کے حوالے سے وفاقی، ریاستی یا مقامی حکومتی ایجنسی کے پاس کوئی دعویٰ دائر کیا ہے؟  
 ہاں  نہیں

B. کیا آپ نے شکایت میں الزامات کے حوالے سے کسی وکیل کی خدمات حاصل کی ہیں؟  
 ہاں  نہیں

C. کیا آپ نے اس شکایت کے بارے میں کوئی قانونی مقدمہ یا عدالتی کارروائی کی ہے؟  
 ہاں  نہیں

5. یہ شکایت فارم مکمل کیا گیا تھا بذریعہ:  
 ADA رابطہ کار  شکایت کنندہ

دستخط: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_