

# WE ARE YOUR DOL



Division de la Promotion de l'Égalité des Chances

## Formulaire de plainte en vertu de la loi sur les Américains handicapés

Il peut être utilisé par toute personne qui souhaite déposer une plainte pour discrimination fondée sur le handicap dans la fourniture de services, d'activités, de programmes ou de prestations.

Veuillez soumettre ce formulaire au Coordonnateur ADA, au Délégué pour l'Aménagement raisonnable (DRA) du Département du Travail (DOL) de l'État de New York (Directeur de la Division de la Promotion de l'Égalité des Chances [DEOD]) ; vous pouvez obtenir le contact du Coordonnateur ADA/DRA (Directeur de DEOD) sur le site [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov).

### Informations du plaignant :

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

#### 1. Votre demande est formulée contre :

Agence de l'État : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

#### 2. Localisation(s) et date(s) des circonstances à l'origine de votre plainte :

Est-ce que les circonstances de votre/vos plainte(s) continue(nt) ?

Oui

Non

3. Veuillez décrire les présumés services, activités, programmes ou prestations refusés et votre/vos raison(s) qui vous amène(nt) à conclure que la conduite était discriminatoire. Veuillez inclure le/les nom(s) du/des témoin(s), le cas échéant, et joignez les données justificatives si possible.

4. A. Avez-vous rempli une réclamation concernant cette plainte dans une agence fédérale, de État ou du gouvernement local ?

Oui  Non

B. Avez-vous engagé un avocat relativement aux allégations évoquées dans la plainte ?

Oui  Non

C. Avez-vous entamé une poursuite judiciaire ou intenté un procès relativement à cette plainte ?

Oui  Non

5. Ce formulaire de plainte a été rempli par :

Coordonnateur ADA  Plaignant

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

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