

WE ARE YOUR DOL



Sektori i Zhvillimit të Mundësive të Barabarta

Formulari i Ankesës së Aktit Amerikanë me Aftësi të Kufizuara

Ju lutemi përdorni këtë formular për të paraqitur një ankesë bazuar në paaftësi në ofrimin e shërbimeve, aktiviteteve, programeve ose përfitimeve.

Ju lutemi dorëzoni këtë formular te Koordinatori i ADA-së, Përgjegjësi i Departamentit të Punës të NYS (DOL) për Akomodim të Arsyeshëm (DRA) (Drejtor i Divizionit të Zhvillimit të Mundësive të Barabarta [DEOD]); mund të gjeni informacione kontakti për Koordinatorin/DRA (Drejtorin e DEOD) në www.labor.ny.gov.

Informacion për ankuesin

Emri: _____

Telefoni i shtëpisë: _____ Celular: _____

Adresa e shtëpisë: _____

Email: _____

1. Pretendimi juaj është bërë kundër:

Agjencisë shtetërore: _____

Emri: _____

Titulli: _____

Adresa: _____

Telefoni: _____

2. Vendndodhja(t) dhe data(t) e rrethanave që shkaktuan ankesën tuaj:

A po vazhdojnë rrethanat e ankesave tuaja?

Po Jo

3. Ju lutemi, përshkruani mohimin e pretenduar të shërbimeve, aktiviteteve, programeve ose përfitimeve dhe arsye(n) tuaj për të arritur në përfundimin se sjellja ishte diskriminuese. Ju lutemi përfshini emrat e dëshmitarëve, nëse ka, dhe bashkëngjitni të dhëna mbështetëse, nëse ka.

4. A. A keni paraqitur një kërkesë në lidhje me këtë ankesë pranë një agjencie federale, shtetërore ose lokale të qeverisë?

Po Jo

B. A keni punësuar një avokat në lidhje me pretendimet në ankesë?

Po Jo

C. A keni ngritur një padi apo veprim gjyqësor në lidhje me këtë ankesë?

Po Jo

5. Ky formular ankese u plotësua nga:

Koordinator ADA Ankuesi

Firma: _____

Data: _____