

সমান সুযোগ বিকাশ বিভাগ (Division of Equal Opportunity Development)

প্রতিবন্ধী আমেরিকানদের জন্য আইন (Americans with Disabilities Act)-এর অধীনে অভিযোগের ফর্ম

পরিষেবা, কার্যক্রম, প্রোগ্রাম বা সুবিধার বিধানে অক্ষমতার ভিত্তিতে অভিযোগ দায়ের করতে অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি ব্যবহার করুন।

অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি ADA সমন্বয়কারী, NYS শ্রম দপ্তর (Department of Labor - DOL) ডিজাইনি ফর রিজনেবল অ্যাকোমোডেশন (DRA) (সমান সুযোগ উন্নয়নের দপ্তরের ডিরেক্টর [DEOD])-এর কাছে জমা দিন; আপনি www.labor.ny.gov -এ ADA সমন্বয়কারী/DRA (DEOD এর ডিরেক্টর) -এর সঙ্গে যোগাযোগের তথ্য পেতে পারেন।

অভিযোগকারীর তথ্য:

নাম: _____

বাড়ির ফোন: _____ সেল ফোন: _____

বাড়ির ঠিকানা: _____

ইমেল: _____

1. আপনি এদের বিরুদ্ধে দাবি জানিয়েছেন:

স্টেট এজেন্সি: _____

নাম: _____

পদ: _____

ঠিকানা: _____

ফোন: _____

2. পরিস্থিতির অবস্থান(গুলি) এবং তারিখ(গুলি) আপনার অভিযোগের জন্ম দেয়:

আপনার অভিযোগের (গুলি) পরিস্থিতি কি এখনও অব্যাহত রয়েছে? হ্যাঁ না

3. অনুগ্রহ করে परिषेवा, कार्यकलाप, प्रोग्राम वा सुविधाগুলির অভিযোগ अस्वीकार एवं आचरणটি वैषम्यमूलक ছিল उल्लेख करे उपसंहारे आपनार कारण(गुलि) वर्णना करून। अनुग्रह करे साक्षीदेर नाम(गुलि) अन्तर्भुक्त करून, यदि থাকे, एवं समर्थनकारी डेटा संयुक्त करून, यदि उपलब्ध থাকे।

4. क) आपनि कि फेडारेल, स्टेट वा स्थानीय सरकारी संस्धार काछे এই अभियोगेर विषये एकटि दावि करेछेन?

हाँ ना

ख) आपनि कि अभियोगेर क्षेत्रे दोषारोपेर विषये एकजन अ्याटर्नि नियोग करेछेन?

हाँ ना

ग) आपनि कि এই अभियोगेर विषये एकटि आइनि मामला करेछेन वा आदालते गियेछेन?

हाँ ना

5. এই अभियोग फर्मटि एर द्वारा पूरण करा हयेछिल:

ADA समन्वयकारी अभियोगकारी

स्वाक्षर: _____

तारिख: _____