

Τμήμα Ανάπτυξης Ίσων Ευκαιριών

Έντυπο καταγγελίας βάσει του Νόμου για τους Αμερικανούς με αναπηρίες

Χρησιμοποιήστε το έντυπο αυτό για να υποβάλετε μια καταγγελία βάσει αναπηρίας όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών, δραστηριοτήτων, προγραμμάτων ή επιδομάτων.

Υποβάλετε το έντυπο αυτό στον Συντονιστή ADA, στον Υπεύθυνο για εύλογη προσαρμογή (DRA) του Υπουργείου Εργασίας (DOL) της Πολιτείας της Νέας Υόρκης (NYS) (Διευθυντή του Τμήματος Ανάπτυξης Ίσων Ευκαιριών [DEOD]). Μπορείτε να βρείτε τα στοιχεία επικοινωνίας του Συντονιστή ADA/DRA (Διευθυντή του DEOD) στον ιστότοπο www.labor.ny.gov/.

Στοιχεία καταγγέλλοντος

Όνομα: _____

Τηλέφωνο σπιτιού: _____ Κινητό τηλέφωνο: _____

Διεύθυνση σπιτιού: _____

Διεύθυνση email: _____

1. Η καταγγελία σας γίνεται εναντίον:

Πολιτειακός φορέας: _____

Όνομα: _____

Τίτλος θέσης: _____

Διεύθυνση: _____

Τηλέφωνο: _____

2. Τοποθεσίες και ημερομηνίες των περιστάσεων που σας οδήγησαν στην υποβολή της καταγγελίας σας:

Οι περιστάσεις της καταγγελίας σας συνεχίζονται;

Ναι

Όχι

3. Περιγράψτε την πιθανή άρνηση παροχής υπηρεσιών, δραστηριοτήτων, προγραμμάτων ή επιδομάτων και τους λόγους που σας οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η συμπεριφορά ενείχε διακρίσεις. Συμπεριλάβετε τα ονόματα μαρτύρων, αν υπάρχουν, και επισυνάψτε σχετικά έγγραφα, αν υπάρχουν διαθέσιμα.

4. Α. Έχετε υποβάλει καταγγελία όσον αφορά τη συγκεκριμένη υπόθεση σε κάποιον ομοσπονδιακό, πολιτειακό ή τοπικό κυβερνητικό φορέα;
 Ναι Όχι

Β. Έχετε αναθέσει σε δικηγόρο να επιληφθεί των ισχυρισμών που παρατίθενται στην καταγγελία;
 Ναι Όχι

Γ. Έχετε ασκήσει νομική αγωγή ή προσφυγή σε δικαστήριο όσον αφορά τη συγκεκριμένη καταγγελία;
 Ναι Όχι

5. Το παρόν έντυπο καταγγελίας συμπληρώθηκε από:

Συντονιστή ADA Καταγγέλλοντα

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____