

Division of Equal Opportunity Development (समान अवसर विकास विभाग)

दिव्यांग अमेरिकी लोगों के अधिनियम का शिकायत फ़ॉर्म

कृपया इस फ़ॉर्म का इस्तेमाल सेवाओं, गतिविधियों, कार्यक्रमों या लाभों के प्रावधान में दिव्यांगता के आधार पर शिकायत दर्ज करने के लिए करें।

कृपया इस फ़ॉर्म को ADA को-ऑर्डिनेटर, NYS श्रम विभाग (DOL) उचित आवास के लिए नामिती (DRA) (समान अवसर विकास विभाग के निदेशक [DEOD]) के पास जमा करें; आपको ADA को-ऑर्डिनेटर/DRA (DEOD के निदेशक) की संपर्क जानकारी www.labor.ny.gov पर मिल सकती है।

शिकायतकर्ता की जानकारी:

नाम: _____

घर का फ़ोन नंबर: _____ सेल फ़ोन नंबर: _____

घर का पता: _____

ईमेल: _____

1. आपने इनके खिलाफ़ दावा किया है:

राज्य एजेंसी: _____

नाम: _____

पदनाम: _____

पता: _____

फ़ोन नंबर: _____

2. आपकी शिकायत को जन्म देने वाली परिस्थितियों की लोकेशन और तारीखें:

क्या आपकी शिकायतों की परिस्थितियां जारी हैं?

हां नहीं

3. कृपया सेवाओं, गतिविधियों, कार्यक्रमों या लाभों के कथित खंडन का वर्णन करें और यह निष्कर्ष निकालने के लिए अपने कारणों के बारे में बताएं कि आचरण भेदभावपूर्ण था। अगर कोई हो, तो कृपया गवाहों के नाम शामिल करें और अगर उपलब्ध हो, तो सहायक डेटा अटैच करें।

4. A. क्या आपने संघीय, राज्य या स्थानीय सरकारी एजेंसी के साथ इस शिकायत के बारे में दावा दायर किया है?
 हां नहीं

B. क्या आपने शिकायत में आरोपों के संबंध में किसी वकील को काम पर रखा है?
 हां नहीं

C. क्या आपने इस शिकायत के संबंध में एक कानूनी मुकदमा या अदालती कार्रवाई शुरू की है?
 हां नहीं

5. यह शिकायत फ़ॉर्म इनके द्वारा पूरा किया गया:
 ADA को-ऑर्डिनेटर शिकायतकर्ता

हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____