

Division of Equal Opportunity Development (機会均等開発課)

## 米国障害者法による苦情申立用紙

サービス、活動、プログラム、または福利厚生を提供における障害に基づく苦情を申し立てるには、この用紙を使用してください。

この用紙は、NYS労働局(DOL)の合理的配慮のために指名を受けた人(DRA)(機会均等開発課長[DEOD])であるADAコーディネーターに提出してください。ADAコーディネーター/DRA(DEODディレクター)の連絡先は[www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov)でご確認ください。

### 申立人の情報:

氏名: \_\_\_\_\_

自宅の電話番号: \_\_\_\_\_ 携帯電話番号: \_\_\_\_\_

自宅の住所: \_\_\_\_\_

Eメール: \_\_\_\_\_

### 1. 苦情申立先:

州機関: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

役職名: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

### 2. 苦情の原因となった状況の場所および日付:

不満のある状況が続いていますか?     はい     いいえ

3. サービス、活動、プログラムまたは便益の拒否の疑い、およびその行為が差別的であると結論づけた理由を説明してください。証人がいる場合は証人の氏名も記載し、裏付けとなる資料がある場合は添付してください。

4. A. この苦情に関して、連邦、州、または地方の政府機関に苦情申し立てを出したことがありますか？

はい  いいえ

B. 苦情内容の疑惑に関して、弁護士を雇いましたか？

はい  いいえ

C. この苦情に関して、法的な訴訟や裁判を起こしたことがありますか？

はい  いいえ

5. この苦情申立用紙は、以下の人が記入しました：

ADAコーディネーター  苦情申立人

署名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_