

Division of Equal Opportunity Development

## **Formularz skargi w związku z Ustawą o osobach niepełnosprawnych (Americans with Disabilities Act)**

Proszę użyć tego formularza, aby złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność w procesie świadczenia usług, wykonywania działalności lub uczestnictwa w programach świadczeń.

Prosimy o złożenie tego formularza u Koordynatora ADA, osoby wyznaczonej przez Departament Pracy Stanu Nowy Jork (DOL) ds. racjonalnego zakwaterowania (DRA) (Dyrektor Wydziału Rozwoju Równych Możliwości [DEOD]); informacje kontaktowe Koordynatora ADA/DRA (Dyrektora DEOD) można znaleźć na stronie [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov).

### **Informacje na temat osoby składającej skargę:**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Telefon domowy: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### **1. Twoja skarga jest skierowana przeciwko:**

Agencja stanowa: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Stanowisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

#### **2. Miejsce (miejsca) i data (daty) wystąpienia okoliczności stanowiących podstawę Twojej skargi:**

Czy okoliczności Twojej skargi nadal trwają?

Tak

Nie

3. Proszę opisać domniemaną odmowę usług, działań, programów lub świadczeń oraz powód (powody), dla których doszedłeś do wniosku, że postępowanie było dyskryminujące. Proszę podać imię (imiona) i nazwisko (nazwiska) świadków oraz dołączyć dane potwierdzające, jeśli są dostępne.

4. A. Czy wniosłeś roszczenie dotyczące tej skargi do federalnej, stanowej lub lokalnej agencji rządowej?

Tak  Nie

B. Czy wynająłeś adwokata w odniesieniu do zarzutów zawartych w skardze?

Tak  Nie

C. Czy wszcząłeś postępowanie sądowe lub złożyłeś pozew sądowy w związku ze skargą?

Tak  Nie

5. Formularz skargi został wypełniony przez:

Koordynatora ADA  Osobę wnoszącą skargę

Podpis: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_