

Отдел развития равных возможностей (Division of Equal Opportunity Development)

Бланк жалобы, связанной с законом о защите прав нетрудоспособных граждан США

Пожалуйста, используйте этот бланк, чтобы подать жалобу о дискриминации на основании инвалидности при предоставлении услуг, мероприятий, программ или льгот.

Отправьте этот бланк координатору ADA, уполномоченному по вопросам предоставления обоснованных удобств (DRA) Департамента труда штата Нью-Йорк (директор Отдела развития равных возможностей [DEOD]); контактную информацию координатора ADA/DRA (директор DEOD) можно найти на сайте www.labor.ny.gov.

Данные подающего жалобу:

Фамилия, имя: _____

Домашний телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Домашний адрес: _____

Эл. почта: _____

1. Ваша жалоба выдвигается против:

Орган государственной власти штата: _____

Фамилия, имя: _____

Должность: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

2. Место (места) и дата (даты) возникновения обстоятельств, послуживших основанием для вашей жалобы:

Сохранились ли обстоятельства, связанные с вашей жалобой: Да Нет

3. Пожалуйста, опишите заявленный отказ в предоставлении услуг, мероприятий, программ или льгот и причину (причины), по которой вы пришли к выводу, что поведение было проявлением дискриминации. Укажите имя (имена) свидетелей и приложите подтверждающие данные, если таковые имеются.

4. А. Вы подавали иск по данной жалобе в федеральный орган власти, орган власти штата или местный орган власти?

Да Нет

В. Вы нанимали адвоката в связи с заявлениями, содержащимися в жалобе?

Да Нет

5. С. Вы подавали судебный иск или судебное разбирательство в отношении данной жалобы?

Да Нет

6. Данный бланк жалобы был заполнен:

Координатор ADA Подающий жалобу

Подпись: _____

Дата: _____