

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](http://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: \_\_\_\_\_