

אפטיילונג פון גלייכע געלעגנהייט דעוועלאפמענט

אמעריקאנער מיט דיסאביליטיס אקט אנקלאגע פארם

ביטע נוצט די פארם אריינצוגעבן א קאמפלעינט באזירט אויף א דיסאביליטי אין די פראוויזיע פון סערוויסעס, אקטיוויטעטן, פראגראמען אדער בענעפיטן.

ביטע גיבט אריין דעם פארם צו די ADA קאארדינעיטער, NYS דעפארטמענט אוו לעיבאר'ס (DOL) באשטימטער פאר פארשטענדליכע אקאמאדאציעס (DRA) (דירעקטאר פון די אפטיילונג פון גלייכע געלעגנהייט דעוועלאפמענט [DEOD]); איר קענט טרעפן די פארבינדונג אינפארמאציע פאר די ADA קאארדינעיטער/ DRA (דירעקטער פון DEOD) ביי www.labor.ny.gov.

אנקלאגער אינפארמאציע:

נאמען: _____

היים טעלעפאן: _____ סעלפאן: _____

היים אדרעס: _____

אימעיל: _____

1. אייער קלעים איז געמאכט אנטקעגן:
סטעיט אגענטור: _____

נאמען: _____

טיטל: _____

אדרעס: _____

טעלעפאן: _____

2. לאקאציע(ס) און דאטום(ס) פון די אומשטענדן וואס גיבן האפט פאר אייער אנקלאגע:

טוען די אומשטענדן פון אייער קלאגע(ס) נאך אלץ אנגיין? יא ניין

3. ביטע שילדערט די אנגעקלאגטע אנטזאגונג פון סערוויסעס, אקטיוויטעטן, פראגראמען אדער בענעפיטן און אייער אורזאך(ן) פארן באשטימען אז די אויפפירונג איז געווען דיסקרימינירנד. ביטע לייגט אריין דעם נאמען/נעמען פון עדות, אויב עס זענען דא, און לייגט ביי שטיצנדע אינפארמאציע, אויב אוועילעבל.

4. א. האט איר אריינגעגעבן א קלעים אנבאלאנגט די אנקלאגע מיט א פעדעראלע, סטעיט אדער לאקאלע רעגירונגס אגענטור?

יא ניין

ב. האט איר אויפגענומען אן אדוואקאט אין פארבינדונג מיט די באשולדיגונגען אינעם אנקלאגע?

יא ניין

ג. האט איר אנגעפאנגען א לעגאלע סוט אדער געריכט עקשאן אנבאלאנגט די אנקלאגע?

יא ניין

5. די אנקלאגע פארם איז אויסגעפולט געווארן דורך:

ADA קאארדינעיטער אנקלאגער

אונטערשריפט: _____ דאטום: _____