**Форма жалобы о дискриминации**

**Pines of Sarasot**

|  |
| --- |
|  **Раздел I:** |
| **Название:** |
| **Адрес:** |
| **Телефон (Домашний):**  | **Телефон (Рабочий):** |
| **Адрес электронной почты:** |
| Требования к доступному формату? | Большой принт  |  | Аудиозапись |  |
| TDD |  | Другой |  |
| **Раздел II:** |
| Вы подаете эту жалобу от своего имени? | Да\* | нет |
| \* Если вы ответили «да» на этот вопрос, перейдите к разделу III. |
| Если нет, укажите имя и фамилию человека, на которого вы жалуетесь: |  |
| Пожалуйста, объясните, почему вы подали заявку для третьей стороны: |  |
|  |  |  |  |  |
| Пожалуйста, подтвердите, что вы получили разрешение пострадавшей стороны, если вы подаете заявку от имени третьей стороны. | Да | нет |
| **Раздел III:** |
| Я считаю, что дискриминация, с которой я столкнулся, была основана (отметьте все подходящие варианты): [ ] раса [ ] цвет [ ] Национальное происхождение [ ] Возраст [ ] инвалидность [ ] Семейный или религиозный статус [ ] Другое (объясните) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата предполагаемой дискриминации (месяц, день, год): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Объясните как можно яснее, что произошло и почему вы считаете, что подвергались дискриминации. Опишите всех лиц, которые были вовлечены. Укажите имя и контактную информацию лица (лиц), которое подвергло вас дискриминации (если известно), а также имена и контактную информацию любых свидетелей Если требуется больше места, пожалуйста, используйте обратную сторону этой формы.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Раздел IV** |
| Вы ранее подали жалобу на Раздел VI в это агентство? | Да  | нет  |

|  |
| --- |
|  **Раздел V:** |
| Вы подали эту жалобу в любое другое федеральное, штатное или местное учреждение или в какой-либо федеральный или государственный суд? [ ] Да [ ] нет Если да, отметьте все подходящие варианты:[ ] Федеральное агентство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Федеральный суд:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Государственное агентство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Государственный суд: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Местное агентство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Пожалуйста, предоставьте информацию о контактном лице в агентстве / суде, где была подана жалоба. |
| Название: |
| Заглавие: |
| Агентство: |
| Адрес: |
| Телефон: |
| **Раздел VI:** |
| Название агентства жалоба на: |
| Контактное лицо: |
| Заглавие: |
| Номер телефона: |

Вы можете приложить любые письменные материалы или другую информацию, которая, по вашему мнению, имеет отношение к вашей жалобе.

Подпись и дата требуются ниже

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Дата

Пожалуйста, отправьте эту форму по адресу ниже:

Helen Kuenzner или же The Federal Transit Administration

Pines of Sarasota Office of Civil Rights

1501 North Orange Ave. 1200 New Jersey Ave., SE

Sarasota, FL 34236 Washington, D.C.