

**Formular zur Diskriminierungsbeschwerde
Pines of Sarasota**

Abschnitt I:				
Name:				
Adresse:				
Telefon (Zuhause):			Telephon (Arbeiten):	
E-Mail-Adresse:				
Anforderungen an barrierefreie Formate?	Großdruck		Tonband	
	TDD		Andere	
Abschnitt II:				
Reichen Sie diese Beschwerde in Ihrem eigenen Namen ein?			Ja*	Nein
*Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, fahren Sie mit Abschnitt III fort.				
Wenn nicht, geben Sie bitte den Namen und die Verwandtschaft der Person an, über die Sie sich beschweren:				
Bitte erläutern Sie, warum Sie einen Antrag für einen Dritten gestellt haben:				

Bitte bestätigen Sie, dass Sie die Erlaubnis des Geschädigten eingeholt haben, wenn Sie im Namen eines Dritten einreichen			Ja	Nein
Abschnitt III:				
Ich glaube, dass die Diskriminierung, die ich erlebt habe, darauf beruhte (zutreffendes bitte ankreuzen):				
<input type="checkbox"/> Wettrennen	<input type="checkbox"/> Farbe	<input type="checkbox"/> Nationale Herkunft	<input type="checkbox"/> Alter	
<input type="checkbox"/> Behinderung	<input type="checkbox"/> Familiärer oder Religiöser Status <input type="checkbox"/> Andere (erklären) _____			
Datum der mutmaßlichen Diskriminierung (Monat/Tag/Jahr): _____				
Erklären Sie so klar wie möglich, was passiert ist und warum Sie glauben, dass Sie diskriminiert wurden. Beschreiben Sie alle beteiligten Personen. Geben Sie den Namen und die Kontaktdaten der Person(en) an, die Sie diskriminiert hat (falls bekannt), sowie Namen und Kontaktdaten etwaiger Zeugen. Wenn Sie mehr Platz benötigen, nutzen Sie bitte die Rückseite dieses Formulars.				

Abschnitt IV				
Haben Sie bereits zuvor eine Titel-VI-Beschwerde bei dieser Behörde eingereicht?			Ja	Nein

Abschnitt V	
Haben Sie diese Beschwerde bei einer anderen Bundes-, Landes- oder Kommunalbehörde oder bei einem Bundes- oder Landesgericht eingereicht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, kreuzen Sie alles an, was zutrifft:	
<input type="checkbox"/> Bundesbehörde: _____	
<input type="checkbox"/> Bundesgerichtshof: _____	<input type="checkbox"/> Staatliche Agentur: _____
<input type="checkbox"/> Staatsgericht: _____	<input type="checkbox"/> Lokale Agentur: _____
Bitte machen Sie Angaben zu einem Ansprechpartner bei der Behörde/dem Gericht, bei dem/der die Beschwerde eingereicht wurde.	
Name:	
Titel:	
Agentur:	
Adresse:	
Telephon:	
Abschnitt VI	
Name der Agentur, gegen die sich die Beschwerde richtet:	
Ansprechpartner:	
Titel:	
Telephon:	

Sie können alle schriftlichen Materialien oder andere Informationen beifügen, die Ihrer Meinung nach für Ihre Beschwerde relevant sein könnten.

Unterschrift und Datum unten erforderlich

Unterschrift

Datum

Bitte reichen Sie dieses Formular persönlich an der unten angegebenen Adresse ein oder senden Sie es per Post an:

Helen Kuenzner
Pines of Sarasota
1501 North Orange Ave.
Sarasota, FL 34236

oder

The Federal Transit Administration
Office of Civil Rights
1200 New Jersey Ave., SE
Washington, D.C. 20530