

**Formularz Skargi Dotyczącej Dyskryminacji
Pines of Sarasota**

| | | | |
|--|--|--|-------------------------------|
| Sekcja I: | | | |
| Nazwa: | | | |
| Adres: | | | |
| Telephon (Dom): | | Telephon (Praca): | |
| Adres Poczty Elektronicznej: | | | |
| Wymagania dotyczące dostępnego formatu? | Dużym Drukiem | | Taśma Dźwiękowa |
| | TDD | | Inny |
| Sekcja II: | | | |
| Czy składasz tę skargę we własnym imieniu? | | Tak* | Nie |
| * Jeśli odpowiedziałeś „tak” na to pytanie, przejdź do Sekcji III. | | | |
| Jeśli nie, proszę podać imię i nazwisko oraz pokrewieństwo osoby, na którą składasz skargę: | | | |
| Proszę wyjaśnić, dlaczego złożyli Państwo wniosek w imieniu osoby trzeciej: | | | |
| | | | |
| Jeśli składasz wniosek w imieniu osoby trzeciej, potwierdź, że uzyskałeś zgodę strony poszkodowanej. | | Tak | Nie |
| Sekcja III: | | | |
| Uważam, że dyskryminacja, której doświadczyłem, opierała się na (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie): | | | |
| <input type="checkbox"/> Wyścig | <input type="checkbox"/> Kolor | <input type="checkbox"/> Pochodzenie Narodowe | <input type="checkbox"/> Wiek |
| <input type="checkbox"/> Inwalidztwo | <input type="checkbox"/> Status rodzinny lub religijny | <input type="checkbox"/> Inne (wyjaśnij) _____ | |
| Data domniemanej dyskryminacji (miesiąc, dzień, rok): _____ | | | |
| Wyjaśnij możliwie najjaśniej, co się wydarzyło i dlaczego uważasz, że doświadczyłeś dyskryminacji. Opisz wszystkie osoby, które brały w tym udział. Podaj imię i nazwisko oraz dane kontaktowe osoby (osób), która Cię dyskryminowała (jeśli są znane), a także nazwiska i dane kontaktowe ewentualnych świadków. Jeżeli potrzeba więcej miejsca, prosimy skorzystać z tylnej części formularza. | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| Sekcja IV | | | |
| Czy składałeś już skargę na podstawie tytułu VI w tej agencji? | | Tak | Nie |

Sekcja V

Czy złożyłeś tę skargę w jakiegokolwiek innej agencji federalnej, stanowej lub lokalnej albo w jakimkolwiek sądzie federalnym lub stanowym? Tak Nie

Jeśli tak, zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie :

Agencja Federalna: _____

Sąd Federalny: _____

Sąd Stanowy: _____

Agencja Państwowa: _____

Agencja Lokalna: _____

Prosimy o podanie informacji o osobie kontaktowej w agencji/sądzie, w którym złożono skargę.

Nazwa:

Tytuł:

Agencja:

Adres:

Telephon:

Sekcja VI

Nazwa agencji, przeciwko której składana jest skarga:

Osoba kontaktowa:

Tytuł:

Telephon:

Możesz załączyć wszelkie pisemne materiały lub inne informacje, które Twoim zdaniem mogą być istotne dla Twojej skargi.

Podpis i data wymagane poniżej

Podpis

Data

Prosimy o przesłanie niniejszego formularza osobiście na poniższy adres lub przesłanie go pocztą na adres:

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

lub

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