Formularz zażalenia o dyskryminację w dostępie do usług

Okręg Suffolk, zgodnie z rozdz. VI ustawy o prawach obywatelskich z 1964 roku (Title VI of the Civil Rights Act of 1964) oraz powiązanymi statutami, gwarantuje, że żadna osoba w okręgu nie będzie wykluczona z uczestnictwa ani nie otrzyma odmowy przyznania zasiłków z powodu rasy, koloru skóry, pochodzenia, niepełnosprawności, płci (w odniesieniu do edukacji) lub wieku, ani nie będzie w inny sposób podlegać dyskryminacji w ramach dowolnego programu lub zarządzanej przez okręg działalności.

Jeśli uważa Pani/Pan, że była/był Pani/Pan przedmiotem dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, niepełnosprawność, płeć (w odniesieniu do edukacji) lub wiek, prosimy o wypełnienie tego formularza i wysłanie go w opisany poniżej sposób.

Uwaga! Poniższe informacje są niezbędne, aby pomóc nam w przetworzeniu zażalenia. Jeśli konieczna jest pomoc w wypełnieniu tego formularza, prosimy o kontakt pod nr (631) 853-4235.

Część I:

1. Imię i nazwisko osoby składającej zażalenie_____
2. Ulica _____
3. Miasto, stan i kod pocztowy _____
4. Numer telefonu. [Proszę podać nr, pod którym najłatwiej się z Panią/Panem skontaktować]
   Tel. domowy _____Tel. służbowy_____Tel. komórkowy_____
5. Adres e-mail _____
6. Wymagania dot. dostępnego formatu? ☐ Duży druk
   ☐ Nr tel. dla osób z upośledzeniem słuchu (TDD/TTY) ☐ Inne _____

Część II:

Czy składa Pani/Pan to zażalenie we własnym imieniu? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, proszę przejść do Części III.

1. Osoba dyskryminowana
   Imię i nazwisko_____
   Adres_____
   Miasto, stan i kod pocztowy_____
2. Nr tel.: Tel. domowy _____Tel. służbowy _____
   Tel. komórkowy _____
3. Adres e-mail _____
4. Wymagania dot. dostępnego formatu? ☐ Duży druk
   ☐ Nr tel. dla osób z upośledzeniem słuchu (TDD/TTY) ☐ Inne _____
5. Powiązanie z osobą dyskryminowaną: _____
6. Proszę określić, dlaczego składa Pani/Pan zażalenie w imieniu tej osoby. _____
   _____
7. Osoba dyskryminowana (zwana również stroną poszkodowaną) musi również autoryzować zażalenie oraz przeprowadzenie dochodzenia w swoim imieniu. Proszę potwierdzić, czy posiada Pani/Pan pozwolenie, aby złożyć to zażalenie w imieniu strony poszkodowanej.
   ☐ Tak ☐ Nie

Część III:

1. Który z poniższych powodów według Pani/Pana najlepiej opisuje przyczynę dyskryminacji? Czy było to z powodu: (zaznaczyć powód)

   ☐ Rasy/koloru skóry ☐ Wieku
   ☐ Pochodzenia ☐ Niepełnosprawności

☐ Płci (w odniesieniu do edukacji) ☐ Inny powód (proszę określić) _____

2. Kiedy miała miejsce zarzucana dyskryminacja?

Dzień (miesiąc/dzień/rok) _____ Godzina _____

3. Proszę szczegółowo opisać, co się stało, gdzie miało to miejsce oraz kto według Pani/Pana ponosi odpowiedzialność. Proszę podać jak najwięcej informacji identyfikujących i kontaktowych w odniesieniu do świadków oraz stron odpowiedzialnych.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(Proszę skorzystać z odwrotu niniejszego formularza lub dołączyć dodatkowe arkusze, jeśli potrzebna jest dodatkowa przestrzeń).

Część IV:

1. Czy złożyła/złożył Pani/Pan zażalenie w innej federalnej, stanowej lub lokalnej instytucji lub sądzie federalnym bądź stanowym w odniesieniu do tej kwestii? Tak ☐ Nie ☐
   Jeśli tak, proszę wymienić wszystkie instytucje _____
   _____
   _____

2. Proszę podać informacje dot. osoby kontaktowej z instytucji/sądu, w których zostało złożone zażalenie.
   Imię i nazwisko_____
   Instytucja/sąd_____
   Numer telefonu_____ Adres e-mail _____

   (Proszę skorzystać z odwrotu niniejszego formularza lub dołączyć dodatkowe arkusze, jeśli potrzebna jest dodatkowa przestrzeń).

Proszę złożyć podpis poniżej. Można dołączyć wszelkie materiały w formie pisemnej lub inne informacje, które Pani/Pana zdaniem mają związek z zażaleniem.

_____ _____
Podpis Data

Jeśli zażalenie jest składane w imieniu innej osoby wymienionej w Części II powyżej, osoba ta może złożyć podpis poniżej.

_____ _____
Podpis strony poszkodowanej Data