

**Formularz skargi na dyskryminację
Suncoast Center for Independent Living**

Sekcja I:			
Imię:			
Adres:			
Telefon (domowy): Telefon (praca):		Telefon (domowy): Telefon (praca):	
Adres poczty elektronicznej:			
Wymagania dotyczące dostępnego formatu?	Dużym drukiem		Taśma audio
	TDD		Inny
Sekcja II:			
Czy składasz skargę we własnym imieniu?		Tak*	Nie
* Jeśli odpowiedziałeś „tak” na to pytanie, przejdź do sekcji III.			
Jeśli nie, podaj nazwę i relację osoby, na którą się skarżysz:			
Proszę wyjaśnić, dlaczego złożyłeś wniosek o stronę trzecią: _____			
Potwierdź, że uzyskałeś zgodę pokrzywdzonego, jeśli składasz wniosek w imieniu osoby trzeciej.		Tak	Nie
Sekcja III:			
Wierzę, że dyskryminacja, której doświadczyłem, była oparta na (sprawdź wszystkie obowiązujące): <input type="checkbox"/> Wyścigi <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) _____			
Domniemanej dyskryminacji (miesiąc, diet, rok): <input type="checkbox"/> Inne (wyjaśnij) _____			
Wyjaśnij jak najdokładniej, co się stało i dlaczego uważasz, że byłeś dyskryminowany. Opisz wszystkie osoby, które były zaangażowane. Podaj nazwisko i dane kontaktowe osoby (osób), która dyskryminowała Cię (jeśli jest znana), a także nazwiska i dane kontaktowe wszystkich świadków. Jeśli potrzebujesz więcej miejsca, skorzystaj z tyłu tego formularza. _____ _____			
Sekcja IV:			
Czy złożyłeś wcześniej skargę o w tej agencji?		Tak	Nie

Sekcja V:

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

Tak Nie

Jeśli tak, sprawdź wszystkie obowiązujące:

Agencja federalna: _____ Sąd Federalny _____

Agencja państwowa: _____ Sąd stanowy _____

Sąd państwowy: _____

Proszę podać informacje o osobie kontaktowej w agencji / sądzie, w którym złożono skargę.

Imię:

Tytuł:

Agencja:

Adres:

Telefon:

Sekcja VI:

Nazwa skargi agencji jest przeciwko:

Osoba kontaktowa:

Tytuł:

Numer telefonu:

Możesz dołączyć wszelkie materiały pisemne lub inne informacje, które Twoim zdaniem są istotne dla Twojej skargi.

Wymagany podpis i data poniżej

Podpis

Data

Wyślij ten formularz na poniższy adres:

Harvey Brooks
Suncoast Center for Independent Living
3281 17th St.
Sarasota, FL 34235

lub

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