

**Форма жалобы о дискриминации
Suncoast Center for Independent Living**

| | | | |
|---|---------------|--------------------|-------------|
| 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): | | | |
| <input type="checkbox"/> раса <input type="checkbox"/> цвет <input type="checkbox"/> Национальное происхождение <input type="checkbox"/> Возраст <input type="checkbox"/> инвалидность <input type="checkbox"/> Семейный или религиозный статус <input type="checkbox"/> 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:

Harvey Brooks
Suncoast Center for Independent Living
4405 Desoto Rd.
Sarasota, FL 34235

или же

The Federal Transit Administration
Office of Civil Rights
1200 New Jersey Ave., SE
Washington, D.C. 34235

