

ЖАЛОБА НА ДИСКРИМИНАЦИЮ

Имя, Фамилия	Вид программы
Номер дома, улица	Номер дела
Город, штат, почтовый индекс	Номер телефона

Я считаю, что я подвергся дискриминации на основе:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Национального происхождения | ☐ Пола | ☐ Состояния здоровья |
| ☐ Цвета кожи | ☐ Гендерной идентичности | ☐ Генетической информации |
| ☐ Расы | ☐ Гендерного выражения | ☐ Религии |
| ☐ Происхождения | ☐ Сексуальной ориентации | ☐ Политической приверженности |
| ☐ Этнической группы | ☐ Семейного положения | ☐ Инвалидности |
| ☐ Возраста | ☐ Сожительства | ☐ Любой другой применимой основе _____ |

ИМЯ ЛИЦА, КОТОРОЕ ДИСКРИМИНИРОВАЛО	Должность	Дата происшествия	МЕСТО ПРОИСШЕСТВИЯ АГЕНТСТВО

Опишите своими словами, что произошло, почему Вы считаете, что Вы были дискриминированы.

Укажите, какое решение Вы ищете.

По моему убеждению и насколько мне известно, вышеуказанная информация правдива и передана полностью.

- ☐ Я не даю согласия на оглашение моего имени или другой личной информации. Я понимаю, что эта жалоба не может быть расследована в результате моего отказа дать свое согласие на разглашение информации.
- ☐ Подписывая эту жалобу, я даю разрешение Бюро Защиты Прав Человека CDSS (CRB) раскрыть мою личность и другую личную информацию лицам, в организации или учреждении под следствием и другим федеральным и государственными учреждениям в соответствии с действующими законами и нормативными актами Федерации и штата. Я разрешаю CRB получать материалы и информацию, включая, но не ограничиваясь приложениями, делами, личными делами и медицинскими записями. Материалы и информация должны быть использованы для уполномоченной деятельности связанной с правами человека и надзорной деятельности. Я понимаю, что я не обязан разрешить это оглашение информации, и я делаю это добровольно.

Подпись заявителя	Дата
-------------------	------