

СКАРГА ПРО ДИСКРИМІНАЦІЮ

Ім'я	Вид програми
Адреса (вулиця, будинок, квартира)	Номер справи
City, Штат, Zip-код	Номер телефону

Я вважаю, що мене дискримінували на основі:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Національності | ☐ Статі | ☐ Стану здоров'я |
| ☐ Кольору шкіри | ☐ Гендерної ідентичності | ☐ Генетичної інформації |
| ☐ Раси | ☐ Статевого вираження | ☐ Релігії |
| ☐ Походження | ☐ Сексуальної орієнтації | ☐ Політичної приналежності |
| ☐ Етнічної групи | ☐ Сімейного стану | ☐ Інвалідності |
| ☐ Віку | ☐ Цивільного шлюбу | ☐ Будь-якої іншої можливої підстави _____ |

Ім'я особи, яка дискримінувала	Посада	Дата події	Місце події Агенція

Поясніть своїми словами, яка дія(ї) змусила(и) Вас вважати, що Вас дискримінували?

Вкажіть, якого рішення Ви очікуєте.

Я розумію, що вищевказана інформація є правдивою та повною, наскільки я знаю та переконаний(а).

- ☐ Я не даю мого дозволу на розголошення мого імені або іншої особистої ідентифікаційної інформації. Я розумію, що в результаті моєї відмови дати згоду на надання інформації цю скаргу, можливо, не буде розслідувано.
- ☐ Підписавши цю скаргу, я даю дозвіл Бюро громадянських прав CDSS (Civil Rights Bureau CRB) розкрити мою особу та іншу персональну інформацію особам з організацій або закладів, які знаходяться під розслідуванням, та іншим федеральним агенціям та агенціям штату згідно відповідних федеральних законів та нормативних актів та законів та нормативних актів штату. Цим я надаю CRB дозвіл отримувати матеріали та інформацію, включаючи, але не обмежуючись, заяви, матеріали справи, особові документи та медичні документи. Матеріали та інформацію повинно бути використано для санкціонованої діяльності з дотримання та забезпечення виконання цивільних прав. Я розумію, що я не зобов'язаний(а) надавати дозвіл на це розкриття інформації і я роблю це добровільно.

Підпис особи, яка подає скаргу	Дата
--------------------------------	------