**Lighthouse of Southwest Florida**

Форма жалобы на дискриминацию (русский)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Раздел I:** | | | | |
| Имя: | | | | |
| Адрес: | | | | |
| Телефон (домашний): | | | Телефон (рабочий): | |
| Адрес электронной почты: | | | | |
| Требуются доступные форматы? | Крупный шрифт |  | Аудиозапись |  |
| TDD |  | Другое |  |
| **Раздел II:** | | | | |
| Вы подаете эту жалобу от своего имени? | | | Да\* | Нет |
| \*Если вы ответили «да» на этот вопрос, переходите к Разделу III. | | | | |
| Если нет, укажите имя и отношение к лицу, на которое вы жалуетесь: | | |  | |
| Пожалуйста, объясните, почему вы подаете жалобу от имени третьего лица: | | |  | |
| Пожалуйста, подтвердите, что вы получили разрешение от пострадавшей стороны, если подаете жалобу от её имени. | | | Да | Нет |
| **Раздел III:** | | | | |
| Я считаю, что дискриминация, которую я испытал(а), была основана на (отметьте все, что применимо): [ ] Раса [ ] Цвет кожи [ ] Национальное происхождение [ ] Возраст [ ] Инвалидность [ ] Семейное или религиозное положение  [ ] Другое (укажите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата предполагаемой дискриминации (месяц, день, год): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Опишите как можно более ясно, что произошло и почему вы считаете, что подверглись дискриминации. Опишите всех участников. Укажите имя и контактную информацию лица(лиц), которые дискриминировали вас (если известно), а также имена и контактную информацию любых свидетелей. Если необходимо больше места, используйте обратную сторону этой формы.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Раздел IV** | | | | |
| Вы ранее подавали жалобу по Разделу VI в это агентство? | | | Да | Нет |

|  |
| --- |
| **Раздел V** |
| Вы подавали эту жалобу в какое-либо другое федеральное, государственное или местное агентство, либо в федеральный или государственный суд? [ ] Да [ ] Нет  Если да, отметьте все, что применимо: [ ] Федеральное агентство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Федеральный суд \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Государственный суд \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Государственное агентство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Местное агентство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Пожалуйста, предоставьте информацию о контактном лице в агентстве/суде, куда была подана жалоба. |
| Имя: |
| Должность: |
| Агентство: |
| Адрес: |
| Телефон: |
| **Раздел VI** |
| Название агентства, на которое подается жалоба: |
| Контактное лицо: |
| Должность: |
| Номер телефона: |

Вы можете приложить любые письменные материалы или другую информацию, которую считаете относящейся к вашей жалобе.

Подпись и дата (обязательно)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Дата

Пожалуйста, подайте эту форму лично по адресу ниже или отправьте по почте:

Amy Price, CEO or The Federal Transit Administration

Lighthouse of Southwest Florida Office of Civil Rights

35 W. Mariana Ave. 1200 New Jersey Ave., SE

North Fort Myers, Florida 33903 Washington, DC 20530