



**Бланк жалобы о нарушении гражданских прав в связи с дискриминацией
ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА БЕСПЛАТНЫЕ УСЛУГИ ПЕРЕВОДЧИКА**

Если у Вас есть вопрос относительно этого бланка жалобы, позвоните в Программу для лиц с ограниченным знанием английского языка и наличием сенсорных нарушений (DHS LEP/SI Program) по номеру:
404-657-5244

ВАШЕ ИМЯ		ВАША ФАМИЛИЯ
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ()		ДРУГОЙ КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН ()
УЛИЦА		ГОРОД
ШТАТ	ИНДЕКС	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (Если Вы пользуетесь)

Подаёте ли Вы эту жалобу от имени кого-либо другого? Да Нет

Если да, укажите имя ниже

ИМЯ _____ ФАМИЛИЯ _____

Я считаю, что я (или кто-либо другой) подвергся дискриминации на основании:

- расовой принадлежности/цвета кожи/этнического происхождения нарушения слуха нарушения зрения
 других физических недостатков возраста пола вероисповедания

Как Вы думаете, кто проявил дискриминацию в отношении Вас (или кого-либо другого)? Будьте конкретны
ЛИЦО/УЧРЕЖДЕНИЕ/ОРГАНИЗАЦИЯ

УЛИЦА		ГОРОД
ШТАТ	ИНДЕКС	ТЕЛЕФОН ()

По Вашему мнению, когда и где была проявлена дискриминация? Будьте конкретны
УКАЖИТЕ ДАТУ (-Ы) И МЕСТО (-А)

Кратко опишите что произошло. По Вашему мнению, как и почему Вы (или кто-либо другой) подверглись дискриминации? Пожалуйста, будьте максимально конкретны. (При необходимости используйте дополнительные страницы)

Пожалуйста, поставьте подпись и дату на этом бланке жалобы.

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____



**Бланк жалобы о нарушении гражданских прав в связи с дискриминацией
ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА БЕСПЛАТНЫЕ УСЛУГИ ПЕРЕВОДЧИКА**

Остальная информация на этом бланке жалобы не является обязательной. Отсутствие ответов на вопросы ниже никоим образом не повлияет на эту жалобу.

Нужны ли Вам альтернативные средства коммуникации для общения с нами по поводу этой жалобы? (Отметьте всё, что подходит)

шрифт Брайля крупный шрифт компакт-диск электронная почта телетайп

переводчик на язык глухонемых (укажите язык):

устный переводчик (укажите язык):

Другое:

Если мы не сможем связаться с вами напрямую, есть ли лицо, к которому мы могли бы обратиться с просьбой помочь нам связаться с Вами?

ИМЯ		ФАМИЛИЯ	
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ()		ДРУГОЙ КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН ()	
УЛИЦА		ГОРОД	
ШТАТ	ИНДЕКС	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (если имеется)	

**Пожалуйста, напечатайте или заполните печатными буквами и отправьте заполненный бланк
жалобы по адресу:
DHS LEP/SI Program
Two Peachtree Street, N.W.
Suite 29-103
Atlanta, Georgia 30303-3142
(404) 657-5244 (голосовая связь); (404) 463-7591 (телетайп); или (404) 651-6815 (факс)**