



## Жалоба о Дискриминации

Пожалуйста, предоставьте следующую информацию для того, чтобы мы могли обработать вашу жалобу. Эта форма доступна в альтернативных форматах и на нескольких языках. Если вам потребуются эти услуги или любая другая помощь в заполнении этой формы, пожалуйста, сообщите нам об этом.

ФИО: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефонные номера: (Дом) \_\_\_\_\_ (Раб) \_\_\_\_\_ (Моб) \_\_\_\_\_

Электронный адрес: \_\_\_\_\_

### Пожалуйста укажите характер предполагаемой дискриминации:

Категории, защищаемые в соответствии с Титулом VI Закона о Гражданских Правах 1964 года:

- Раса  Цвет кожи  Национальное происхождение (в том числе ограниченное знание английского языка)

Дополнительные категории, защищаемые соответствующими законами/приказами на уровне федерации и/или штата:

- Инвалидность  Возраст  Пол  Сексуальная Ориентация  
 Религиозные убеждения  Происхождение  
 Гендер  Этничность  Гендерная Идентичность  Гендерное Выражение  Убеждения  Статус Ветерана  Биография

### Кто, согласно Вашим предположениям, являлся жертвой дискриминации?

- Вы  Третье лицо  Класс лиц

### Имя лица и / или название организации, которые, согласно Вашим предположениям, осуществляют дискриминацию:

\_\_\_\_\_

**Согласны ли Вы**, чтобы рассматривающий жалобу предоставил Ваше имя и прочую личную информацию другим сторонам, если это окажет помощь в расследовании и разрешении Вашей жалобы?

- Да  Нет

