

БЛАНК ЖАЛОБЫ НА ПРЕДПОЛАГАЕМУЮ ДИСКРИМИНАЦИЮ

Информация об истце:

Заполните надлежащие графы и в кратчайший срок после обжалуемого инцидента отправьте жалобу по адресу:

OFFICE OF EQUAL OPPORTUNITY & DIVERSITY MANAGEMENT
E.O. Complaint Unit
65 Court Street, Room 1102
Brooklyn, NY 11201
Телефон: 718-935-3320
Факс: 718-935-2531

➤ **Жалоба должна быть подана не позднее одного года после обжалуемого события. Жалобы родителей учащихся и/или учащихся не имеют этого срока давности.**

➤ Форма для лиц, подающих жалобу, а также для лиц, подающих жалобу от имени сотрудника или учащегося.

➤ ***Заполняйте разборчиво, печатными буквами.***

➤ При необходимости приложите дополнительные страницы и подтверждающие документы.

Отметьте () одно: Сотрудник Учащийся Родитель Поступающий на работу Другие
 Информатор

Ваше имя и фамилия:

Ваша должность

*Имя и фамилия учащегося: _____

(*если применимо)

Домашний адрес _____ Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Телефон: Домашний: _____ Сотовый: _____ Рабочий: _____

Информация о руководителе подразделения:

Имя и фамилия директора школы или руководителя подразделения: _____
Должность: _____
Школа/Офис/Округ: _____
Адрес: _____
Телефон: _____

Характер жалобы:

1. Отметьте ниже, что, по вашему мнению, явилось основанием дискриминации.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Возраст | <input type="checkbox"/> Партнерский статус (не относится к учащимся) |
| <input type="checkbox"/> Иммиграционный статус/Гражданство | <input type="checkbox"/> Предрасполагающие генетические особенности (не относится к учащимся) |
| <input type="checkbox"/> Аресты/Судимости (не относится к учащимся) | <input type="checkbox"/> Раса |
| <input type="checkbox"/> Цвет кожи | <input type="checkbox"/> Религия |
| <input type="checkbox"/> Мировоззрение | <input type="checkbox"/> Месть (за подачу жалобы на дискриминацию) |
| <input type="checkbox"/> Инвалидность | <input type="checkbox"/> Сексуальное домогательство: |
| <input type="checkbox"/> Этническое/Национальное происхождение | <input type="checkbox"/> Сексуальная ориентация |
| <input type="checkbox"/> Пол | <input type="checkbox"/> Статус жертвы бытового насилия, сексуальных преступлений или преследования (не относится к учащимся) |
| <input type="checkbox"/> Семейное положение (не относится к учащимся) | <input type="checkbox"/> Вес (только для учащихся) |
| <input type="checkbox"/> Воинский статус (не относится к учащимся) | <input type="checkbox"/> Статус безработного (только для поступающих на работу) |

2. Имя, фамилия/должность лица/а, совершивших/его дискриминационные действия.

- | | | | |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|
| 1. Имя и фамилия:
_____ | 1. Должность:
_____ | 2. Имя и фамилия:
_____ | 2. Должность:
_____ |
| 3. Имя и фамилия:
_____ | 3. Должность:
_____ | 4. Имя и фамилия:
_____ | 4. Должность:
_____ |

3. Где произошел инцидент? В школе Вне школы В центральном офисе

4. Дата/ы предполагаемого/ых дискриминационного/ых действия/й.

Месяц _____ День _____ Год _____ Месяц _____ День _____ Год _____

Месяц _____ День _____ Год _____ Месяц _____ День _____ Год _____

5. Объяснение случившегося (имена и улики, если имеются; при необходимости приложите дополнительные страницы).

6. Какая коррективная мера вас удовлетворит?

Подпись: _____

Дата: _____