

FORMULARZ SKARGI W KWESTII PRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Formularz służy do składania skarg w sprawach związanych z dostępem osób niepełnosprawnych do usług, wydarzeń, programów i świadczeń.

Formularze prosimy wysyłać do koordynatorki zarządu Battery Park City ds. ADA: alexis.torrescid@bpca.ny.gov.

DANE OSOBOWE	
Imię i nazwisko:	Nr telefonu:
Adres:	E-mail:
1. Miejsce i czas wystąpienia okoliczności stanowiących podstawę skargi:	
A) Czy wspomniane okoliczności w dalszym ciągu występują?	
☐ Yes	
☐ No	
2. Prosimy opisać okoliczności domniemanego pozbawienia Państwa prawa do korzystania z usług, wydarzeń, programów i świadczeń zarządu Battery Park City oraz wyjaśnienie, dlaczego uważają Państwo postępowanie pracowników obiektów Battery Park City za dyskryminujące. Proszę wpisać dane świadków (jeżeli tacy są) oraz dołączyć dowody (jeżeli je Państwo posiadają).	
3.	
A) Czy złożyli Państwo w tej sprawie skargę w jakimkolwiek urzędzie federalnym, stanowym lub lokalnym?	
☐ Tak	
☐ Nie	
B) Czy w związku z treścią skargi korzystają Państwo z usług prawnika?	
☐ Tak	
☐ Nie	
C) Czy w związku z treścią skargi zdecydowali się Państwo wystąpić na drogę sądową?	
☐ Tak	
☐ Nie	
4. Niniejszy formularz został wypełniony przez:	
☐ Koordynatora/-rkę ds. ADA	
☐ Osobę wnoszącą skargę	
Podpis:	Data: