



ФОРМА ЖАЛОБЫ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ О ЗАЩИТЕ ПРАВ ГРАЖДАН США С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Пожалуйста, используйте настоящую форму, чтобы подать жалобу о дискриминации по отношению к людям с ограниченными возможностями при предоставлении услуг, видов деятельности, программ или льгот.

Пожалуйста, отправьте настоящую форму координатору ADA администрации Battery Park City по адресу: alexis.torrescid@bpca.ny.gov.

ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:	
Имя:	Телефон:
Адрес:	Электронная почта:
1. Место(-а) и дата(-ы) возникновения обстоятельств, послуживших основанием для Вашей жалобы:	
А) Продолжаются ли обстоятельства, относящиеся к Вашей жалобе?	
☐ Да	
☐ Нет	
2. Пожалуйста, опишите предполагаемый отказ при предоставлении услуг, видов деятельности, программ или льгот и Вашу причину(-ы), на основании которой был сделан вывод о том, что поведение носило дискриминационный характер. Пожалуйста, укажите имя(-ена) свидетелей, если таковые имеются, и приложите подтверждающие данные, при наличии таковых.	
3. А) Подали ли Вы иск по поводу этой жалобы в федеральный орган власти, орган власти штата или местный орган власти?	
☐ Да	
☐ Нет	
В) Наняли ли Вы адвоката в отношении обвинений, заявленных в жалобе?	
☐ Да	
☐ Нет	
С) Инициировали ли Вы судебный процесс или судебное разбирательство по поводу этой жалобы?	
☐ Да	
☐ Нет	
4. Настоящая форма жалобы была заполнена (кем):	
☐ Координатор ADA	
☐ Лицо, подающее жалобу	
Подпись:	Дата: