

**Форма жалобы о дискриминации  
The Haven**

<b>Раздел I:</b>			
Название:			
Адрес:			
Телефон (Домашний):		Телефон (Рабочий):	
Адрес электронной почты:			
Требования к доступному формату?	Большой принт		Аудиозапись
	TDD		Другой
<b>Раздел II:</b>			
Вы подаете эту жалобу от своего имени?		Да*	нет
* Если вы ответили «да» на этот вопрос, перейдите к разделу III.			
Если нет, укажите имя и фамилию человека, на которого вы жалуетесь:			
Пожалуйста, объясните, почему вы подали заявку для третьей стороны: _____			
Пожалуйста, подтвердите, что вы получили разрешение пострадавшей стороны, если вы подаете заявку от имени третьей стороны.		Да	нет
<b>Раздел III:</b>			
Я считаю, что дискриминация, с которой я столкнулся, была основана (отметьте все подходящие варианты):			
<input type="checkbox"/> раса <input type="checkbox"/> цвет <input type="checkbox"/> Национальное происхождение <input type="checkbox"/> Возраст <input type="checkbox"/> инвалидность <input type="checkbox"/> Семейный или религиозный статус <input type="checkbox"/> Другое (объясните)			
_____			
Дата предполагаемой дискриминации (месяц, день, год): _____			
Объясните как можно яснее, что произошло и почему вы считаете, что подвергались дискриминации. Опишите всех лиц, которые были вовлечены. Укажите имя и контактную информацию лица (лиц), которое подвергло вас дискриминации (если известно), а также имена и контактную информацию любых свидетелей. Если требуется больше места, пожалуйста, используйте обратную сторону этой формы.			
_____			
_____			
<b>Раздел IV</b>			
Вы ранее подали жалобу на Раздел VI в это агентство?		Да	нет

**Раздел V:**

Вы подали эту жалобу в любое другое федеральное, штатное или местное учреждение или в какой-либо федеральный или государственный суд?

Да  нет

Если да, отметьте все подходящие варианты:

Федеральное агентство: \_\_\_\_\_

Федеральный суд: \_\_\_\_\_

Государственное агентство: \_\_\_\_\_

Государственный суд: \_\_\_\_\_

Местное агентство: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, предоставьте информацию о контактном лице в агентстве / суде, где была подана жалоба.

Название:

Заглавие:

Агентство:

Адрес:

Телефон:

**Раздел VI:**

Название агентства жалоба на:

Контактное лицо:

Заглавие:

Номер телефона:

Вы можете приложить любые письменные материалы или другую информацию, которая, по вашему мнению, имеет отношение к вашей жалобе.

Подпись и дата требуются ниже

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

Пожалуйста, отправьте эту форму по адресу ниже:

Christine Crawford  
The Haven  
4405 Desoto Rd.  
Sarasota, FL 33173

или же

The Federal Transit Administration  
Office of Civil Rights  
1200 New Jersey Ave., SE  
Washington, D.C.