

## Форма для подачи жалобы о дискриминации

Заполните эту форму, чтобы подать жалобу о дискриминации в любом общественном месте, расположенном в округе Банкомб, или чтобы подать жалобу о дискриминации в отношении программы или деятельности правительства округа Банкомб. Плата за подачу жалобы не взимается.

Ваша жалоба о дискриминации будет рассмотрена сотрудником по вопросам равенства округа Банкомб, который определит, заявляет ли она о действиях, которые могут нарушать Указ округа Банкомб о запрете дискриминации в сфере занятости и общественных местах. Сотрудник по вопросам равенства округа свяжется с вами для получения любой дополнительной информации, необходимой для завершения этой проверки. Если ваша жалоба связана с возможным нарушением одного из указов округа Банкомб о запрете дискриминации в сфере занятости и общественных местах, сотрудник округа по вопросам равенства предоставит вам и лицу и/или организации, которые, по вашему мнению, допустили дискриминацию в отношении вас, копию вашей жалобы и уведомление с описанием ваших процессуальных прав и обязанностей в течение десяти дней после подачи жалобы.

### Ваша личная информация:

Имя: \_\_\_\_\_  
(Имя) (Второе имя) (Фамилия)

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_  
(Улица) (Город) (Штат) (Почтовый индекс)

Телефон для связи в дневное время: \_\_\_\_\_ Телефон для связи в вечернее время: \_\_\_\_\_

Удобное время для звонка: \_\_\_\_\_

### Кому еще мы можем позвонить, если не сможем с вами связаться?

#### Контакт номер 1:

Имя: \_\_\_\_\_  
(Имя) (Второе имя) (Фамилия)

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_  
(Улица) (Город) (Штат) (Почтовый индекс)

Телефон для связи в дневное время: \_\_\_\_\_ Телефон для связи в вечернее время: \_\_\_\_\_

Удобное время для звонка: \_\_\_\_\_

#### Контакт номер 2:

Имя: \_\_\_\_\_  
(Имя) (Второе имя) (Фамилия)

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_  
(Улица) (Город) (Штат) (Почтовый индекс)

Телефон для связи в дневное время: \_\_\_\_\_ Телефон для связи в вечернее время: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Удобное время для звонка: \_\_\_\_\_

### **Информация о жалобе**

**Что с вами случилось?** Предоставьте конкретное и подробное описание решения(й) или действия(й), включая дату (или период), которые, по вашему мнению, представляют собой незаконную дискриминацию и нарушают Указ округа Банком о запрете дискриминации в сфере занятости и общественных местах. Опишите ущерб, который, по вашему мнению, был или будет нанесен из-за предполагаемой дискриминации.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Из-за чего, по вашему мнению, вы подвергаетесь дискриминации (отметьте все подходящие варианты)?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Раса                                     | <input type="checkbox"/> Национальное происхождение или родословная |
| <input type="checkbox"/> Натуральные волосы или прически          | <input type="checkbox"/> Семейное положение                         |
| <input type="checkbox"/> Этническая принадлежность                | <input type="checkbox"/> Беременность                               |
| <input type="checkbox"/> Вера                                     | <input type="checkbox"/> Статус ветерана                            |
| <input type="checkbox"/> Цвет кожи                                | <input type="checkbox"/> Религиозные убеждения или неверие          |
| <input type="checkbox"/> Пол                                      | <input type="checkbox"/> Возраст                                    |
| <input type="checkbox"/> Сексуальная ориентация                   | <input type="checkbox"/> Инвалидность                               |
| <input type="checkbox"/> Гендерная идентичность или самовыражение | <input type="checkbox"/> Другое _____                               |

Кратко объясните, почему вы считаете, что в ваших правах было отказано из-за каких-либо факторов, перечисленных выше.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Кто, по вашему мнению, допустил дискриминацию по отношению к вам?**

Имя: \_\_\_\_\_  
(Имя/Название организации) (Второе имя) (Фамилия)

**Укажите стороны, которые, по вашему мнению, подверглись или будут подвергнуты предполагаемой дискриминацией (при необходимости приложите дополнительные листы).**

Потерпевшая сторона 1

Имя: \_\_\_\_\_  
(Имя/Название организации) (Второе имя) (Фамилия)

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_  
(Улица) (Город) (Штат) (Почтовый индекс)

Потерпевшая сторона 2

Имя: \_\_\_\_\_  
(Имя/Название организации) (Второе имя) (Фамилия)

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_  
(Улица) (Город) (Штат) (Почтовый индекс)

**Где произошел предполагаемый акт дискриминации?**

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_  
(Улица) (Город) (Штат) (Почтовый индекс)

**Когда произошел последний акт дискриминации?**

Дата: \_\_\_\_\_

Продолжается ли предполагаемая дискриминация?

- Да  
 Нет

**Заверение**

Я, нижеподписавшийся, заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что вышеизложенное верно и правильно.

Выполнено \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.  
(День) (Месяц) (Год)

Имя печатными буквами: \_\_\_\_\_  
(Имя) (Второе имя) (Фамилия)

Подпись: \_\_\_\_\_