

**ПРИЛОЖЕНИЕ В: БЛАНК ЖАЛОБЫ (ГЛАВА VI), ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЕСТ-ВЭЛЛИ**

<b>Раздел I:</b>			
Имя:			
Адрес:			
Телефон (домашний):		Телефон (рабочий):	
Адрес электронной почты:			
Требования о допустимом формате?	Крупная печать		Аудиопленка
	Текстофон		Другое
<b>Раздел II:</b>			
Вы подаете эту жалобу от своего имени?		Да*	Нет
*Если Вы отвечаете «да» на этот вопрос, перейдите в Раздел III			
Если нет, укажите имя того человека, от имени которого Вы подаете жалобу, и то, кем Вы ему приходитесь:			
Объясните, почему Вы подаете жалобу от имени третьего лица:			
Подтвердите получение Вами разрешения потерпевшей стороны, если Вы подаете жалобу от имени третьего лица:		Да	Нет
<b>Раздел III:</b>			
Я считаю, что дискриминация, которой я подвергся(-лась), основана на (отметьте все соответствующие пункты):			
<input type="checkbox"/> Раса <input type="checkbox"/> Цвет кожи <input type="checkbox"/> Национальное происхождение			
Дата случая данной дискриминации (месяц, день, год): _____			
Объясните максимально четко, что произошло и почему Вы считаете, что подверглись дискриминации. Укажите всех вовлеченных лиц. Укажите имена и контактные данные лиц, которые подвергли Вас дискриминации (если известно), а также имена и контактные данные любых свидетелей. Если Вам необходимо больше места, используйте обратную сторону данной формы.			
<b>Раздел IV:</b>			
Подавали ли Вы ранее жалобы по Главе VI в данное учреждение?		Да	Нет
<b>Раздел V:</b>			
Подавали ли Вы данную жалобу в какое-либо иное федеральное учреждение, учреждение штата или муниципальное учреждение или в федеральный суд или суд штата?			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

Если да, отметьте все соответствующие пункты:	
<input type="checkbox"/> Федеральное учреждение	<input type="checkbox"/> Учреждение штата
<input type="checkbox"/> Федеральный суд	<input type="checkbox"/> Муниципальное учреждение
<input type="checkbox"/> Суд штата	
Укажите данные контактного лица того учреждения/суда, в которое(-ый) Вы подавали жалобу.	
Имя	
Должность	
Учреждение:	
Адрес:	
Телефон	
<b>Раздел VI:</b>	
Название учреждения, на которое Вы подаете жалобу:	
Контактное лицо:	
Должность:	
Номер телефона:	

Вы можете приложить любые письменные материалы или иные данные, которые, по Вашему мнению, имеют отношение к данной жалобе.

Поставьте Вашу подпись и дату ниже

\_\_\_\_\_

Подпись

Дата

Предъявите данную форму лично по указанному ниже адресу или отправьте ее по почте по следующему адресу: