



### ФОРМА ЖАЛОБЫ

Цель этой формы - помочь вам подать жалобу в Исправительную комиссию штата Нью-Йорк (New York State Commission of Correction). Вы не обязаны использовать данную форму; достаточно отправить письмо с аналогичной информацией.

1. Укажите ваше имя, фамилию и адрес.

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: Домашний: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Рабочий или мобильный: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. Лицо (лица), ставшее объектом дискриминации, если это не лицо, указанное выше:

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Телефон: Домашний: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Рабочий или мобильный: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Укажите, кем вам приходится данное лицо (а).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Организация, департамент или программа, совершившие дискриминационные действия:

Наименование: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Телефон: Домашний: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Рабочий или мобильный: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

4А. Не связано с трудоустройством: ваша жалоба касается дискриминации в ходе предоставления услуг или иных дискриминационных действий департамента или организации по отношению к вам или иным лицам? Если это так, укажите ниже, что, по вашему мнению, послужило поводом для имевших место дискриминационных действий.

\_\_\_\_ Расовая принадлежность/цвет кожи: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Национальное происхождение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Исповедуемая религия: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Особые потребности: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4В. Связано с трудоустройством: ваша жалоба касается дискриминации, проявленной департаментом или организацией при трудоустройстве? Если это так, укажите ниже, что,

по вашему мнению, послужило поводом для имевших место дискриминационных действий.

\_\_\_ Расовая принадлежность/цвет кожи: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Национальное происхождение: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Исповедуемая религия: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Особые потребности: \_\_\_\_\_

5. Попробуйте вспомнить, когда именно (укажите дату (ы)) имела место предположительная дискриминация?

Первая дата проявления дискриминации: \_\_\_\_\_

Последняя дата проявления дискриминации: \_\_\_\_\_

Жалобы о дискриминации обычно подаются в течение 180 дней после факта предположительной дискриминации.

6. Объясните как можно понятнее, что произошло, почему, по вашему мнению, это произошло, и в чем именно заключалась дискриминация. Укажите участников происшествия. Обязательно укажите, чем отличалось обращение с другими людьми от обращения с вами. (При необходимости используйте дополнительные листы и приложите копии документов, имеющих отношение к делу).

7. Ниже поставьте дату и подпишите данную форму жалобы. Просим учесть, что жалобы, подаваемые по электронной почте, подписывать не требуется, поскольку сама подача посредством электронной почты заменяет подпись.

(Подпись) \_\_\_\_\_ (Дата) \_\_\_\_\_

Не стесняйтесь прилагать дополнительные листы для описания ситуации.

Если вы отправляете данную жалобу обычной почтой, отправьте форму жалобы по адресу:

**NYS Commission of Correction  
AE Smith State Office Building  
80 South Swan Street, 12<sup>th</sup> Floor  
Albany, New York 12210-8001**

Если вы отправляете форму жалобы по электронной почте, отправьте ее по адресу:

[infoscoc@scoc.ny.gov](mailto:infoscoc@scoc.ny.gov).