

Потерпевшая сторона

Полное имя _____
ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ

Адрес _____
НОМЕР УЛИЦА

_____ ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Основной номер телефона (_____) _____
Дополнительный номер телефона (_____) _____

Лицо (учреждение), обвиняемое в нарушении

Имя и фамилия лица _____
ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ

Наименование учреждения _____
НОМЕР УЛИЦА

Адрес _____
ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Телефон (_____) _____

Лицо, заполняющее данную форму (если не является потерпевшим, указанным выше)

Полное имя _____
ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ

Адрес _____
НОМЕР УЛИЦА

_____ ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Основной номер телефона (_____) _____
Дополнительный номер телефона (_____) _____

Краткое описание нарушения (при необходимости используйте дополнительные листы бумаги)

Если вы приложили дополнительные листы бумаги, пожалуйста, поставьте отметку: Количество страниц _____

* Согласно статье 27-F Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении, с любой медицинской информацией в отношении ВИЧ или СПИДа, включая информацию о прохождении лицом теста на ВИЧ и (или) результатах теста на ВИЧ, необходимо обращаться как с конфиденциальной.

Подпись лица, подающего жалобу _____ Дата _____

Пожалуйста, отправьте заполненную форму по адресу: **NYS Department of Health, AIDS Institute, Special Investigation Unit, ESP, Corning Tower – Room 308, Albany, NY 12237**