

এই ফর্মটি Affordable Care Act (অ্যাফোর্ডেবল কেয়ার আইনের) অধীনে জাতি, বর্ণ, জাতীয় উৎস, ধর্মবিশ্বাস/ধর্ম, বয়স, লিঙ্গ পরিচয়/ যৌন হযরানি, বৈবাহিক/পারিবারিক মর্যাদা, প্রতিবন্ধী, গ্রেফতার হওয়ার রেকর্ড, ফৌজদারি অপরাধের(গুলির) জন্য দোষী সাব্যস্ত হওয়া, লিঙ্গ পরিচয়, যৌন প্রবৃত্তি, আগে মুক্ত হওয়া জিনগত বৈশিষ্ট্য, সামরিক অবস্থা, পারিবারিক হিংসায় শিকারের পরিস্থিতি এবং/অথবা প্রতিশোধের উপর ভিত্তি করে জনসাধারণ বৈষম্যের অভিযোগ দায়ের করার জন্য ব্যবহার করবে।

অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি এখানে জমা দিন:	Affirmative Action Officer (AAO) Richard C. Snyder Room 2425 Corning Tower, ESP Albany, NY 12237-0013	বা	Affirmative Action Administrator 3 (AAA 3) LaShanna Frasier Room 2511 Corning Tower, ESP Albany, NY 12237-0013
অথবা এই ঠিকানায় ইমেল করুন:	richard.snyder@health.ny.gov	বা	LaShanna.Frasier@health.ny.gov
প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে এই নম্বরে ফোন করুন:	(518) 473-1703	বা	(518) 473-7883

অভিযোগকারীর তথ্য

নাম: _____

বাসার ঠিকানা: _____

বাসার ফোন: _____ কাজের ফোন: _____

ইমেল: _____

দাবির বিশদ

জাতি জাতীয় উৎস বয়স
 বর্ণ লিঙ্গ অক্ষমতা

বৈষম্যে আপনার দাবী এর বিরুদ্ধে:

প্রদানকারীর নাম: _____

ঠিকানা: _____

ফোন: _____ যে তারিখে বৈষম্য করা হয়েছে: _____

বৈষম্য কী অব্যাহত রয়েছে? হ্যাঁ না

অনুগ্রহ করে উক্ত বৈষম্যমূলক আচরণ এবং আচরণটি যে বৈষম্যমূলক ছিল তার সপক্ষে আপনার কারণগুলি সংক্ষিপ্তভাবে বর্ণনা করুন। সাক্ষীর নাম থাকলে অনুগ্রহ করে তা অন্তর্ভুক্ত করুন এবং এর সমর্থনে তথ্য থাকলে সংযুক্ত করুন। অনুগ্রহ করে প্রয়োজন হলে কাগজের শীটগুলি ব্যবহার করুন।

আপনি কী একটি যুক্তরাষ্ট্রীয়, রাজ্য বা স্থানীয় সরকারি সত্তার সঙ্গে এই অভিযোগ সংক্রান্ত একটি অভিযোগ দায়ের করেছেন? হ্যাঁ না

আপনি কী এই অভিযোগ সংক্রান্ত একটি আইনি মামলা আদালতে দায়ের করেছেন? হ্যাঁ না

অভিযোগ পত্রের অভিযোগগুলির নিরিখে আপনি কি কোনো অ্যাটর্নি নিয়োগ করেছেন? হ্যাঁ না

অভিযোগকারীর স্বাক্ষর _____ তারিখ _____