

Ce formulaire doit être utilisé par le public pour déposer une plainte pour discrimination, en vertu de la loi sur la Protection des Patients et les Soins Abordables (Affordable Care Act), pour des raisons de race, couleur, nationalité, croyance/religion, âge, sexe/harcèlement sexuel, situation matrimoniale/familiale, handicap, arrestations, condamnations, identité sexuelle, orientation sexuelle, facteurs génétiques prédisposés, statut militaire, statut de victime de violence conjugale et/ou représailles.

Veillez envoyer ce formulaire à : Affirmative Action Officer (AAO) ou Affirmative Action Administrator 3 (AAA 3)
Richard C. Snyder LaShanna Frasier
Room 2425 Room 2511
Corning Tower, ESP Corning Tower, ESP
Albany, NY 12237-0013 Albany, NY 12237-0013
ou envoyez-le par courriel à : richard.snyder@health.ny.gov ou LaShanna.Frasier@health.ny.gov.
Si vous avez des questions, veuillez appeler le : (518) 473 1703 ou le (518) 473 7883

Informations sur le plaignant

Nom : _____

Adresse du domicile : _____

Téléphone privé : _____ Téléphone professionnel : _____

Adresse électronique : _____

Description détaillée de la plainte

Race

Nationalité

Âge

Couleur

Sexe

Handicap

Votre plainte pour discrimination est déposée contre :

Nom du prestataire : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Date(s) de la discrimination : _____

La discrimination continue-t-elle ? Oui Non



Veillez décrire brièvement la conduite discriminatoire alléguée et vos raisons pour conclure que la conduite était discriminatoire. Veillez inclure le nom de témoins, le cas échéant, et joindre des justificatifs, s'il y en a. Veillez utiliser des feuilles supplémentaires, le cas échéant.

Avez-vous déposé une plainte concernant ce problème auprès d'une entité gouvernementale locale, fédérale ou d'un État américain ?

Oui Non

Avez-vous lancé des procédures juridiques ou intenté un procès à propos de cette plainte ?

Oui Non

Avez-vous engagé un avocat au titre des allégations de la plainte ?

Oui Non

Signature du plaignant : _____ Date _____