

Questo modulo va utilizzato dall'utenza per la presentazione di un reclamo per discriminazione ai sensi della Affordable Care Act (legge sull'accessibilità alle cure) per motivi associati a etnia, colore della pelle, nazionalità, credo religioso, età, sesso/molestie sessuali, stato civile, disabilità, precedenti penali, condanne penali, identità sessuale, orientamento sessuale, caratteristiche genetiche predisponenti, servizio militare, status di vittima di violenze domestiche e/o ritorsione.

Inoltare questo modulo a: Affirmative Action Officer (AAO) oppure 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
 o inviarlo via e-mail a: richard.snyder@health.ny.gov oppure LaShanna.Frasier@health.ny.gov.
 Per eventuali domande, chiamare il numero: (518) 473-1703 oppure (518) 473-7883

Informazioni sul/la reclamante

Generalità: _____

Indirizzo abitazione: _____

Tel. abitazione: _____ Tel. ufficio: _____

E-mail: _____

Dettagli del reclamo

Etnia

Nazionalità

Età

Colore della pelle

Sesso

Disabilità

Il reclamo per discriminazione viene sporto nei confronti di:

Nome del fornitore: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____ Data (o date) in cui è avvenuta la discriminazione: _____

La discriminazione continua tuttora? Sì No



Descriva brevemente la presunta condotta discriminatoria e i motivi per cui ritiene sia discriminatoria. Includa i nomi degli eventuali testimoni e allegghi dati a sostegno, se disponibili. Se necessario, aggiunga altre pagine.

Ha presentato una richiesta di risarcimento in merito a questo reclamo a un ente governativo federale, statale o locale? Sì No

Ha avviato un'azione legale riguardo a questo reclamo? Sì No

Ha incaricato un legale di occuparsi delle accuse esposte in questo reclamo? Sì No

Firma del/la reclamante _____ Data _____