

Zgodnie z ustawą o dostępności opieki medycznej (Affordable Care Act), niniejszy formularz służy do złożenia skargi przez obywateli dotyczącej dyskryminacji na podstawie rasy koloru skóry, pochodzenia narodowego, wyznania/religii, wieku, płci/molestowania seksualnego, stanu cywilnego/rodzinnego, niepełnosprawności, karalności, wyroku kryminalnego, previous comment continued: tożsamości płciowej, orientacji seksualnej, predysponujących cech genetycznych, statusu wojskowego, statusu ofiary przemocy domowej i/lub odwetu.

Prosimy przesłać ten formularz do:

Affirmative Action Officer (AAO) lub Affirmative Action Administrator 3 (AAA 3)
Richard C. Snyder
Room 2425
Corning Tower, ESP
Albany, NY 12237-0013

LaShanna Frasier
Room 2511
Corning Tower, ESP
Albany, NY 12237-0013

lub w wiadomości e-mail na adres:

richard.snyder@health.ny.gov
(518) 473-1703

lub LaShanna.Frasier@health.ny.gov.
lub (518) 473-7883

W przypadku pytań prosimy o kontakt telefoniczny pod nr.:

Informacje dot. osoby składającej zażalenie

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Nr telefonu domowego: _____ Nr telefonu służbowego: _____

Adres e-mail: _____

Szczegóły dotyczące zażalenia

Rasa

Pochodzenie narodowe

Wiek

Kolor skóry

Płeć

Niepełnosprawność

Zażalenie dotyczące dyskryminacji jest składane w odniesieniu do:

Nazwa usługodawcy: _____

Adres: _____

Nr tel.: _____ Data(-y), w której(-ych) doszło do dyskryminacji: _____

Czy dyskryminacja trwa nadal? Tak Nie



Proszę w skrócie opisać zarzucane zachowanie dyskryminujące oraz powody uznania tego zachowania za dyskryminujące. Proszę dołączyć nazwiska świadków, jeśli istnieją oraz dołączyć dane na poparcie zażalenia, jeśli są dostępne. Proszę w razie konieczności użyć dodatkowych kartek papieru.

Czy złożył(a) Pan(i) zażalenie dotyczące tej sytuacji do rządowego podmiotu federalnego, stanowego lub lokalnego? Tak Nie

Czy złożył(a) Pan(i) pozew prawny lub nakaz sądowy dotyczący tego zażalenia? Tak Nie

Czy zatrudnił(a) Pan(i) adwokata w odniesieniu do zarzutów zażalenia? Tak Nie

Podpis osoby składającej zażalenie _____ Data _____