

Эта форма предусмотрена законом Affordable Care Act («О доступном медицинском обслуживании») для подачи жалоб о дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, вероисповедания, возраста, пола/сексуальных домогательств, семейного положения или партнерского статуса, инвалидности, судимости, наличия арестов, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, предрасполагающих генетических особенностей, военного статуса, статуса жертвы бытового насилия, и (или) жалоб о применении репрессивных мер.

Отправьте форму по адресу: Affirmative Action Officer (AAO) или 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
или по адресу электронной почты: richard.snyder@health.ny.gov или LaShanna.Frasier@health.ny.gov.
Для уточнения информации звоните по телефону: (518) 473-1703 или (518) 473-7883

Сведения о подателе жалобы

Полное имя: _____

Домашний адрес: _____

Домашний телефон: _____ Рабочий телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

Подробная информация о сути жалобы

Расовая принадлежность

Национальность

Возраст

Цвет кожи

Пол

Инвалидность

Вы подаете жалобу на:

Полное имя поставщика услуг: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Дата проявления дискриминации: _____

Продолжается ли дискриминация? Да Нет



Кратко опишите действия, ставшие основанием для подачи жалобы, и объясните, почему Вы считаете их дискриминационными. Укажите имена свидетелей, если таковые имеются, и приложите все имеющиеся у Вас дополнительные сведения в поддержку заявления. При необходимости приложите дополнительные

Подали ли Вы заявление в отношении данной жалобы в федеральный орган, учреждение штата или орган местного самоуправления? Да Нет

Инициировали ли Вы судебное разбирательство или иск в отношении данной жалобы? Да Нет

Наняли ли Вы адвоката в связи с утверждениями, изложенными в жалобе? Да Нет

Подпись подателя жалобы _____ Дата _____