

یہ فارم نسل، رنگت، قومی نژاد، مسلک/مذہب، عمر، جنس/جنسی ہراسانی، ازدواجی/کنبہ جاتی حیثیت، معذوری، گرفتاری ریکارڈ، مجرمانہ سزا یابی (سزا یابیوں)، صنفی شناخت، جنسی رجحان، سابقہ اسباب والے جینیاتی خواص، فوجی حیثیت، خانگی تشدد کے شکار کی حیثیت اور/یا انتقامی کارروائی کی بنیاد پر Affordable Care Act (حسب مقدور نگہداشت سے متعلق ایکٹ) کے تحت امتیازی سلوک کا دعویٰ دائر کرنے کے لیے عوام کے استعمال کے لیے ہے۔

(Affirmative Action Administrator 3 AAA 3)  
LaShanna Frasier  
Room 2511  
Corning Tower, ESP  
Albany, NY 12237-0013  
.LaShanna.Frasier@health.ny.gov  
پر (518) 473-7883

یا

(Affirmative Action Officer AAO)  
Richard C. Snyder  
Room 2425  
Corning Tower, ESP  
Albany, NY 12237-0013  
richard.snyder@health.ny.gov  
(518) 473-1703

براہ کرم فارم اس پتے پر جمع کرائیں:

یا

یا

یا اس پتے پر اسے ای میل کریں:  
سوالات کے لیے براہ کرم کال کریں:

### شکایت کنندہ کی معلومات

نام: \_\_\_\_\_

گھر کا پتہ: \_\_\_\_\_

گھر کا فون: \_\_\_\_\_ دفتر کا فون: \_\_\_\_\_

ای میل: \_\_\_\_\_

### دعوے کی تفصیلات

عمر   
معذوری

قومی نژاد   
جنس

نسل   
رنگ

آپ کی جانب سے امتیازی سلوک کا دعویٰ اس کے خلاف کیا گیا ہے:

فراہم کنندہ کا نام: \_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_

فون: \_\_\_\_\_ امتیازی سلوک پیش آنے کی تاریخی (تاریخیں): \_\_\_\_\_

ہاں  نہیں

کیا امتیازی سلوک جاری ہے؟

براہ کرم مبینہ امتیازی برتاؤ اور اس نتیجے پر پہنچنے کی اپنی وجوہات مختصراً بیان کریں کہ وہ برتاؤ امتیازی تھا۔ براہ کرم اگر کوئی گواہ ہوں تو ان کے نام شامل کریں اور اگر دستیاب ہو تو تائیدی ڈیٹا منسلک کریں۔ براہ کرم اگر ضرورت ہو تو کاغذ کے اضافی پرچے شامل کریں۔

ہاں  نہیں

کیا آپ نے اس شکایت کے بارے میں وفاقی، ریاستی یا مقامی سرکاری ادارے کے پاس شکایت درج کرائی ہے؟

ہاں  نہیں

کیا آپ نے اس شکایت کے سلسلے میں قانونی چارہ جوئی یا عدالتی کارروائی شروع کی ہے؟

ہاں  نہیں

کیا آپ نے شکایت میں درج الزامات کے سلسلے میں کوئی اٹارنی بحال کیا ہے؟

شکایت کنندہ کا دستخط \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_