

BIURO RÓWNOŚCI, RÓŻNORODNOŚCI I INTEGRACJI
WAHC -BUILDING 9-ALBANY, NY 12207

**FORMULARZ SKARG SKŁADANYCH W RAMACH
USTAWY O NIEPEŁNOSPRAWNYCH AMERYKANACH**

Prosimy skorzystać z tego formularza do złożenia skargi dotyczącej korzystania przez osobę niepełnosprawną z usług, zakresu działalności, programów lub świadczeń.

Formularz prosimy złożyć na poniższy adres:

NYS Department of Taxation and Finance
Attn: Designee for Reasonable Accommodation
Building 9, Room 256
W.A. Harriman State Office Campus
Albany, NY 12227
Reasonable.Accommodations@tax.ny.gov

DANE WNOŚZĄCEGO SKARGE

Imię i
nazwisko:

Nr telefonu

domowego:

E-mail

Adres domowy:

1. Skarga dotyczy:

Agencja stanowa:

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Adres:

Telefon:

2. Lokalizacja(-e) i data(-y) okoliczności będących przedmiotem skargi:

Czy okoliczności dotyczące skargi nadal trwają?

Tak Nie

3. Prosimy opisać zarzucaną odmowę dostępu do usług, zakresu działalności, programów lub świadczeń oraz uzasadnić stwierdzenie, iż stanowi to przejaw dyskryminacji. Prosimy podać imiona i nazwiska świadków, jeżeli istnieją oraz w miarę dostępności, dołączyć dane na poparcie skargi.

4. A. Czy złożono roszczenie dotyczące tej skargi w agencji federalnej, stanowej lub lokalnej?

Tak Nie

- B. Czy w związku z zarzutami postawionymi w tej skardze zatrudniono adwokata?

Tak Nie

- C. Czy w związku ze tą skargą złożono pozew w sądzie lub wszczęto postępowanie sądowe?

Tak Nie

5. Ten formularz skargi został wypełniony przez:

Koordynator ADA Wnoszący skargę

PODPIS: _____ DATA: _____