



DEPARTAMENT ZDROWIA I USŁUG SPOŁECZNYCH
(DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)
BIURO PRAW OBYWATELSKICH
(OFFICE FOR CIVIL RIGHTS (OCR))

Form Approved: OMB No. 0990-0269.
See OMB Statement on Reverse.



SKARGA O DYSKRYMINACJĘ

Jeśli masz pytania dotyczące tego formularza, to zadzwoń do OCR (bezpłatnie) na numer:
1-800-368-1019 (każdy język) lub 1-800-537-7697 (TDD dla głuchoniemych)

TWOJE IMIĘ		TWOJE NAZWISKO	
TELEFON DOMOWY ()		TELEFON DO PRACY ()	
ADRES, ULICA		MIASTO	
STAN	KOD POCZTOWY	ADRES E-MAILOWY (O ILE JEST)	

CZY SKŁADASZ SKARGĘ W IMIENIU INNEJ OSOBY? Tak Nie

Jeśli Tak, to przeciwko komu Twoim zdaniem dyskryminacja była skierowana?

IMIĘ	NAZWISKO
------	----------

Uważam, że dokonano wobec mnie (lub innej osoby) aktu dyskryminacji z powodu:

- Rasy / Koloru skóry / Pochodzenia Wiek Wyznania Płci (Męska / Żeńska)
 Upośledzenia Inny powód (Określ): _____

Kto Twoim zdaniem dokonał aktu dyskryminacji przeciwko Tobie (lub innej osobie)?

OSOBA / AGENCJA / ORGANIZACJA

ADRES, ULICA		MIASTO	
STAN	KOD POCZTOWY	NUMER TELEFONU ()	

Kiedy twierdzisz, że doszło do aktu dyskryminacji?

WYMIEN WEDŁUG DAT

Krótko opisz co się stało. Jak i dlaczego uważasz, że Ty (lub inna osoba) zostałeś(a) poddany(a) dyskryminacji? Proszę podać tylko konkretne informacje. (Załącz dodatkowe strony, jeśli to konieczne)

Proszę złożyć podpis i datę

PODPIS	DATA
--------	------

Złożenie skargi do OCR jest dobrowolne. Jednak, bez informacji, o które prosimy powyżej OCR może nie być w stanie rozpatrzyć skargi. Niniejsze informacje zbieramy w ramach Tytułu VI Ustawy o Prawach Obywatelskich z 1964 roku (Title VI of the Civil Rights Act of 1964), Sekcji 504 Ustawy o Rehabilitacji z 1973 roku (Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973) oraz innych ustaw o prawach obywatelskich. Wykorzystamy podane przez Ciebie informacje, aby ustalić czy mamy jurysdykcję i jeśli tak, to jak rozpatrzyć Twoją skargę. Informacje zawarte w tym formularzu będą traktowane poufnie i chronione są postanowieniami Ustawy o Ochronie Prywatności z 1974 roku (Privacy Act of 1974). Nazwiska i inne informacje pozwalające na identyfikację osób są ujawniane, gdy jest to konieczne do przeprowadzenia śledztwa w sprawie domniemanej dyskryminacji, oraz do wykorzystania w działaniach wewnętrznych, lub wykorzystania rutynowych, do których zalicza się ujawnienie informacji poza Departamentem, w celach związanych ze sprostaniem wymogom ochrony praw obywatelskich i w zgodzie z prawem. Nielegalne są następujące działania ze strony beneficjentów federalnej pomocy finansowej otrzymywanej od Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych (HHS): zastraszanie, grożenie, zmuszanie, dyskryminowanie lub podejmowanie działań odwetowych w stosunku do Ciebie za złożenie niniejszej skargi lub za podjęcie jakichkolwiek innych działań mających na celu egzekwowanie Twoich praw w ramach ustaw o prawach obywatelskich. Nie masz obowiązku korzystać z niniejszego formularza. Możesz również napisać list lub złożyć skargę zawierającą te same informacje drogą elektroniczną. Aby złożyć skargę drogą elektroniczną, wejdź na naszą stronę internetową: www.hhs.gov/ocr/discrimhowtofile.html. Aby wysłać skargę pocztą, zobacz drugą stronę z adresami Biur Regionalnych OCR.

(Dalsze informacje na tym formularzu są dowolne. Brak odpowiedzi na te dowolne pytania nie wpłynie na decyzję OCR o rozpatrzeniu Twojej skargi.)

Czy potrzebujesz specjalnych udogodnień w celu komunikowania się z Tobą w sprawie tej skargi (zaznacz wszystkie opcje, które mają zastosowanie)?

- Alfabet Brajla Duży druk Taśma kasetowa Dyskietka komputerowa Poczta elektroniczna TDD (dla głuchoniemych)
- Tłumacz języka migowego (określ język): _____
- Tłumacz języka obcego (określ język): _____ Inne: _____

Jeśli nie możemy się z Tobą skontaktować bezpośrednio, to czy jest inna osoba, z którą moglibyśmy się skontaktować aby dotrzeć do Ciebie?

IMIĘ		NAZWISKO	
TELEFON DOMOWY ()		TELEFON DO PRACY ()	
ADRES, ULICA		MIASTO	
STAN	KOD POCZTOWY	ADRES E-MAILOWY (O ILE JEST)	

Czy skarga została złożona również gdzie indziej? Jeśli tak, to proszę podać następujące informacje. (Załącz dodatkowe strony, jeśli to konieczne.)

OSOBA / AGENCJA / ORGANIZACJA / NAZWA(Y) SĄDU

DATA(Y) ZŁOŻENIA	NUMER(Y) SPRAWY (O ile są znane)
------------------	----------------------------------

Aby lepiej służyć społeczeństwu, prosimy o podanie następujących informacji na temat osoby, która została poddana dyskryminacji (dotyczy to Ciebie lub osoby, w imieniu której składasz skargę).

POCHODZENIE (wybierz jedną opcję) RASA (wybierz jedną lub kilka opcji)

- Hiszpańskie lub latynoskie Indianin Amerykański lub rodowity mieszkaniiec Alaski Azjatycka Rodowity mieszkaniiec Hawajów lub innych wysp Pacyfiku
- Niehiszpańskie i nielatynoskie Czarna lub Amerykanin pochodzenia afrykańskiego Biała Inna (określ) _____

GŁÓWNY JĘZYK MÓWIONY (Jeśli inny niż angielski)

JAK SIĘ DOWIEDZIAŁE(A)Ś O BIURZE PRAW OBYWATELSKICH?

Aby wysłać skargę pocztą, proszę wypełnić formularz na maszynie lub drukowanymi literami i wysłać go na jeden z adresów Biur Regionalnych OCR podanych poniżej w oparciu o to, gdzie doszło do domniemanego aktu dyskryminacji.

Region I - CT, ME, MA, NH, RI, VT Office for Civil Rights Department of Health & Human Services JFK Federal Building - Room 1875 Boston, MA 02203 (617) 565-1340; (617) 565-1343 (TDD) (617) 565-3809 FAX	Region V - IL, IN, MI, MN, OH, WI Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 233 N. Michigan Ave -Suite 240 Chicago, IL 60601 (312) 886-2359; (312) 353-5693 (TDD) (312) 886-1807 FAX	Region IX - AZ, CA, HI, NV, AS, GU, The U.S. Affiliated Pacific Island Jurisdictions Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 (415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD) (415) 437-8329 FAX
Region II - NJ, NY, PR, VI Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 26 Federal Plaza - Suite 3313 New York, NY 10278 (212) 264-3313; (212) 264-2355 (TDD) (212) 264-3039 FAX	Region VI - AR, LA, NM, OK, TX Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 1301 Young Street - Suite 1169 Dallas, TX 75202 (214) 767-4056; (214) 767-8940 (TDD) (214) 767-0432 FAX	
Region III - DE, DC, MD, PA, VA, WV Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 150 S. Independence Mall West - Suite 372 Philadelphia, PA 19106-3499 (215) 861-4441; (215) 861-4440 (TDD) (215) 861-4431 FAX	Region VII - IA, KS, MO, NE Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 601 East 12th Street - Room 248 Kansas City, MO 64106 (816) 426-7277; (816) 426-7065 (TDD) (816) 426-3686 FAX	Region X - AK, ID, OR, WA Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11 Seattle, WA 98121 (206) 615-2290; (206) 615-2296 (TDD) (206) 615-2297 FAX
Region IV - AL, FL, GA, KY, MS, NC, SC, TN Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 61 Forsyth Street, SW. - Suite 3B70 Atlanta, GA 30323 (404) 562-7886; (404) 331-2867 (TDD) (404) 562-7881 FAX	Region VIII - CO, MT, ND, SD, UT, WY Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 1961 Stout Street - Room 1426 Denver, CO 80294 (303) 844-2024; (303) 844-3439 (TDD) (303) 844-2025 FAX	

Informacja o obciążeniu

Ocenia się, że wypełnienie niniejszego formularza zajmie średnio 45 minut; wlicza się w to przeglądanie instrukcji, zbieranie potrzebnych danych oraz wprowadzanie jak i przeglądanie informacji na wypełnionym już formularzu. Agencja nie może zbierać ani sponsorować zebrania informacji bez ważnego numeru kontrolnego. Osoba nie ma obowiązku podawać informacji bez ważnego numeru kontrolnego. Komentarze dotyczące niniejszej oceny lub jakiegokolwiek innego aspektu związanego ze zbieraniem tych informacji, w tym sugestii dotyczących zredukowania tego obciążenia prosimy wysłać na adres:

HHS/OS Reports Clearance Officer, Office of Information Resources Management, 200 Independence Ave. S.W. Room 531H, Washington, D.C. 20201.