



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ
УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ (OCR)

Утвержденный бланк: OMB No. 0990-0269.
См. примечание на обороте.



ЖАЛОБА О ФАКТЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

С вопросами по данному бланку просим вас обращаться в Управление по гражданским правам по бесплатному телефону:
1-800-368-1019 (для говорящих на любых языках) или 1-800-537-7697 (для слабослышащих)

ВАШЕ ИМЯ		ВАША ФАМИЛИЯ	
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ()		РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН ()	
АДРЕС (НОМЕР ДОМА, УЛИЦА, КВАРТИРА)		ГОРОД	
ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (Если имеется)	

Подаете ли вы жалобу от имени другого человека? Да Нет

Если да, то против кого, по вашему мнению, были направлены дискриминационные действия?

ИМЯ _____ ФАМИЛИЯ _____

Я считаю, что в отношении меня (или другого лица) была допущена дискриминация на основе:

- Расы / Цвета кожи / Национальности Возраста Вероисповедания Пола (М/Ж)
 Инвалидности Прочее (укажите): _____

Как вы считаете, кто допустил дискриминацию в отношении вас (или другого лица)?

ЛИЦО/АГЕНТСТВО/ОРГАНИЗАЦИЯ _____

АДРЕС (НОМЕР ДОМА, УЛИЦА)		ГОРОД	
ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ТЕЛЕФОН ()	

Когда, по вашему мнению, имели место дискриминационные действия?

УКАЖИТЕ ДАТУ/ДАТЫ _____

Опишите вкратце происшествие. Почему вы считаете, что против вас (другого лица) была допущена дискриминация?

Постарайтесь ответить как можно подробнее. (Если нужно, используйте дополнительные листы)

Поставьте, пожалуйста, свою подпись и дату.

ПОДПИСЬ _____

ДАТА _____

Подача жалоб в Управление по гражданским правам является добровольным делом. Однако, Управление по гражданским правам сможет рассмотреть вашу жалобу только в том случае, если будет предоставлена вышеуказанная информация. Мы осуществляем сбор информации в соответствии с требованиями Раздела VI Закона о гражданских правах 1964 года, Раздела 504 Закона о реабилитации инвалидов 1973 года и других законов о гражданских правах. Мы используем предоставленную вами информацию, чтобы определить, входит ли ваша жалоба в полномочия нашей организации, и если это так, то и для того, чтобы наметить методы ее рассмотрения. Информация, указанная в данном документе, является конфиденциальной и подлежит защите в соответствии с требованиями Закона об охране прав личности 1974 года. Имена людей и прочая личная информация могут быть раскрыты, когда это необходимо для расследования предполагаемого факта дискриминации, для внутренней работы организации или для использования в установленном порядке; в том числе информация может быть передана за пределы Министерства в целях, связанных с соблюдением гражданских прав, а также согласно закону. Закон запрещает организациям, получающим федеральную финансовую поддержку от Министерства здравоохранения и социальных служб, запугивать, угрожать, принуждать, дискриминировать или предпринимать ответные действия против вас за то, что вы подали эту жалобу или приняли какие-либо иные меры по осуществлению своих прав в соответствии с федеральными законами о гражданских правах. Данный бланк использовать не обязательно. Вы можете изложить жалобу в письме или в электронном сообщении. Чтобы подать жалобу электронным способом, посетите наш веб-сайт: www.hhs.gov/ocr/discrimhowtofile.html. Чтобы отправить жалобу по почте, смотрите адреса региональных отделений Управления по гражданским правам на обороте.

(Информацию, указанную ниже на данном бланке, предоставлять не обязательно. (Если вы не ответите на следующие вопросы, это не повлияет на рассмотрение вашей жалобы Управлением по гражданским правам.)

Требуется ли вам особые услуги, чтобы мы могли обмениваться с вами информацией относительно данной жалобы (поставьте галочкой все относящееся к вам)?

Печать для слепых Крупный шрифт Аудиокассета Компьютерная дискета Электронная почта Телефон TDD

Сурдопереводчик (укажите язык): _____

Переводчик на иностранный язык (укажите язык): _____

Прочее: _____

Если мы не сможем обратиться к вам напрямую, может ли кто-либо помочь нам связаться с вами?

ИМЯ		ФАМИЛИЯ	
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ()		РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН ()	
АДРЕС (НОМЕР ДОМА, УЛИЦА)		ГОРОД	
ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (Если имеется)	

Подавали ли вы данную жалобу в какие-либо другие инстанции? Если да, укажите, пожалуйста, следующую информацию. (Если нужно, используйте дополнительные листы.)

НАЗВАНИЕ/ИМЯ ЛИЦА / АГЕНТСТВА / ОРГАНИЗАЦИИ

ДАТА/ДАТЫ ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ	НОМЕР(А) ДЕЛ(А) (Если известно)
-------------------------	---------------------------------

Чтобы помочь нам улучшить обслуживание, просим вас предоставить следующую информацию о человеке, в отношении которого, по вашему мнению, была допущена дискриминация (вас или человека, от имени которого вы подаете жалобу).

ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (выберите одну) РАСА (выберите одну или более)

Латиноамериканец Американский индеец или уроженец Аляски Уроженец Азии Уроженец Гавайев или других тихоокеанских островов

Не латиноамериканец Негр или афро-американец Белый Прочее (укажите): _____

ОСНОВНОЙ ЯЗЫК (Если не английский)	ОТКУДА ВЫ УЗНАЛИ ОБ УПРАВЛЕНИИ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ?
------------------------------------	---

Чтобы отправить жалобу по почте, заполните, пожалуйста, бланк на печатной машинке или печатными буквами и пошлите заполненный бланк в по адресу регионального отделения Управления по гражданским правам, к которому относится штат, где имела место предполагаемая дискриминация.

<p>Регион I – штаты Вермонт, Коннектикут, Массачусетс, Мэн, Нью-Гэмпшир, Род-Айленд</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services JFK Federal Building - Room 1875 Boston, MA 02203 Тел. (617) 565-1340; (617) 565-1343 (TDD) Факс (617) 565-3809</p>	<p>Регион V – штаты Висконсин, Иллинойс, Индиана, Миннесота, Мичиган, Огайо</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 233 N. Michigan Ave -Suite 240 Chicago, IL 60601 Тел. (312) 886-2359; (312) 353-5693 (TDD) Факс (312) 886-1807</p>	<p>Регион IX – штаты Аризона, Гавайи, Калифорния, Невада, территории Американское Самоа и Гуам и тихоокеанские острова, находящиеся в юрисдикции США</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 Тел. (415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD) Факс (415) 437-8329</p>
<p>Регион II – штаты Нью-Джерси, Нью-Йорк, Пуэрто-Рико, Виргинские острова</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 26 Federal Plaza - Suite 3313 New York, NY 10278 Тел. (212) 264-3313; (212) 264-2355 (TDD) Факс (212) 264-3039</p>	<p>Регион VI – штаты Арканзас, Луизиана, Нью-Мексико, Оклахома, Техас</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 1301 Young Street - Suite 1169 Dallas, TX 75202 Тел. (214) 767-4056; (214) 767-8940 (TDD) Факс (214) 767-0432</p>	
<p>Регион III – штаты Вирджиния, Делавэр, Западная Вирджиния, Мэриленд, Пенсильвания, округ Колумбия</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 150 S. Independence Mall West - Suite 372 Philadelphia, PA 19106-3499 Тел. (215) 861-4441; (215) 861-4440 (TDD) (215) 861-4431</p>	<p>Регион VII – штаты Айова, Канзас, Миссури, Небраска</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 601 East 12th Street - Room 248 Kansas City, MO 64106 Тел. (816) 426-7277; (816) 426-7065 (TDD) Факс (816) 426-3686</p>	<p>Регион X – штаты Айдахо, Аляска, Вашингтон, Орегон</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11 Seattle, WA 98121 Тел. (206) 615-2290; (206) 615-2296 (TDD) Факс (206) 615-2297</p>
<p>Регион IV – штаты Алабама, Джорджия, Кентукки, Миссисипи, Северная Каролина, Теннесси, Флорида, Южная Каролина</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 61 Forsyth Street, SW. - Suite 3B70 Atlanta, GA 30323 Тел. (404) 562-7886; (404) 331-2867 (TDD) Факс (404) 562-7881</p>	<p>Регион VIII – штаты Вайоминг, Колорадо, Монтана, Северная Дакота, Южная Дакота, Юта</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 1961 Stout Street - Room 1426 Denver, CO 80294 Тел. (303) 844-2024; (303) 844-3439 (TDD) Факс (303) 844-2025</p>	

Время, необходимое для сбора информации

По оценке, время, необходимое для сбора информации, указанной на данном бланке, составляет 45 минут на каждый бланк, включая время на ознакомление с инструкциями, на сбор необходимой информации, на запись информации в бланк жалобы и на ее проверку. Организации не могут проводить или субсидировать сбор информации, а физические лица не обязаны на него отвечать в случае отсутствия действующего контрольного номера. Замечания по поводу данной оценки времени, а также по поводу любых других вопросов, относящихся к данному сбору информации, в том числе предложения о сокращении времени на сбор данной информации, просим направлять по адресу: HHS/OS Reports Clearance Officer, Office of Information Resources Management, 200 Independence Ave., S.W., Room 531H, Washington, D.C. 20201.