

UFFICIO PER LA DIVERSITÀ, L'EQUITÀ E L'INCLUSIONE
WAHC -BUILDING 9-ALBANY, NY 12207

**MODULO DI DENUNCIA SUB NORMATIVA IN MATERIA DI
DISABILITÀ (*AMERICANS WITH DISABILITIES ACT*)**

Utilizzare il presente modulo per denunciare problemi relativi alla prestazione di servizi, attività, programmi o sussidi legati alla disabilità.

Inviare il presente modulo a: 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

INFORMAZIONI DEL/DELLA DENUNCIANTE

Nome:

Telefono di casa:

E-mail:

Indirizzo di
residenza:

1. Il reclamo è presentato nei confronti di:

Ente statale:

Nome:

Titolo:

Indirizzo:

Telefono:

2. Luogo (o luoghi) e data (o date) delle circostanze che hanno dato origine alla denuncia:

Le circostanze della denuncia stanno proseguendo?

Sì No

3. Descrivere la presunta prestazione rifiutata di servizi, attività, programmi o sussidi e il motivo (o i motivi) per dedurre che il comportamento è stato discriminatorio. Includere il nome (o i nomi) dei testimoni, se presenti, e allegare i dati a sostegno, se disponibili.

4. A. Ha presentato un reclamo riguardante la presente denuncia a un ente federale, statale o locale?

Sì No

- B. Ha assunto un legale per quanto riguarda le accuse presenti nella denuncia?

Sì No

- C. Ha intentato una causa legale o un'azione giudiziaria in relazione alla presente denuncia?

Sì No

5. Il presente modulo di denuncia è stato compilato da:

Coordinatore ADA Denunciante

FIRMA: _____ DATA: _____