

OFFICE OF DIVERSITY, EQUITY & INCLUSION
WANC -BUILDING 9-ALBANY, NY 12207

**ФОРМА ЖАЛОБЫ СОГЛАСНО ЗАКОНУ ОБ АМЕРИКАНЦАХ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ (ADA)**

Используйте эту форму для подачи жалобы в связи с ограниченными возможностями на предоставление услуг, действий, программ или льгот.

Отправьте данную форму по адресу: 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

ИНФОРМАЦИЯ О ПОДАТЕЛЕ ЖАЛОБЫ

Имя и фамилия:

Домашний

телефон: Эл.

Почта:

Домашний адрес:

1. Лицо, на которое

подается жалоба:

Учреждение штата:

Имя и фамилия:

Должность:

Адрес:

Телефон:

2. Места и даты обстоятельств, ставших поводом для вашей жалобы:

Обстоятельства, ставшие поводом для жалобы, сохраняются? Да Нет

3. Опишите ситуацию предполагаемого непредоставления услуг, действий, программ или льгот и причины, по которым вы считаете, что это было дискриминацией. Укажите свидетелей (если были) и приложите подтверждающие данные (если имеются).

4. А. Вы подавали заявление в отношении данной жалобы в какой-либо федеральный, штатный или местный государственный орган?

Да Нет

В. Вы наняли адвоката в связи с обвинениями, содержащимися в жалобе? Да Нет

С. Вы возбудили юридический иск или судебное действие в связи с данной жалобой? Да Нет

5. Данную форму жалобы заполнил:

Координатор ADA Податель жалобы

ПОДПИСЬ: _____ ДАТА: _____