



مكتب التنوع والمساواة والشمول
(OFFICE OF DIVERSITY, EQUITY & INCLUSION)

WAHC -BUILDING 9-ALBANY, NY 12207

استمارة الشكوى المتعلقة بقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة

يرجى استخدام هذه الاستمارة لتقديم شكوى بناءً على الإعاقة فيما يتعلق بتقديم الخدمات، أو الأنشطة، أو البرامج، أو المستحقات.

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

يرجى إرسال هذه الاستمارة إلى العنوان التالي:

المعلومات المتعلقة بمقدم الشكوى

هاتف المنزل:

الاسم:

البريد الإلكتروني:

عنوان المنزل:

1. شكوتك مقدمة ضد:

الوكالة الحكومية:

الاسم:

المسمى الوظيفي:

العنوان:

الهاتف:

2. موقع (مواقع) وتاريخ (تواريخ) الظروف التي أدت إلى شكواك:

هل ظروف شكواك مستمرة؟

لا

نعم

3. يرجى وصف الرفض المزعوم لتقديم الخدمات، أو الأنشطة، أو البرامج، أو المستحقات وسبب (أسباب) استنتاجك أن الإجراء كان إجراءً تمييزيًا. يرجى تضمين اسم (أسماء) الشهود، إن وجدت، وإرفاق البيانات الداعمة، إن وجدت.

4. أ. هل قدمت مطالبة بخصوص هذه الشكوى إلى وكالة حكومية فيدرالية، أو تابعة للولاية، أو محلية؟
نعم لا

ب. هل قمت بتعيين محامٍ فيما يتعلق بالادعاءات الواردة في الشكوى؟
نعم لا

ج. هل رفعت دعوى قضائية أو اتخذت إجراءات قضائية بخصوص هذه الشكوى؟
نعم لا

5. أكمل استمارة الشكوى هذه:

مقدم الشكوى

منسق قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)

التوقيع: _____ التاريخ: _____