

Gagamitin ang form na ito ng publiko upang mag-file ng claim ng diskriminasyon sa ilalim ng Affordable Care Act (Batas sa Abot-kayang Pangangalaga) batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, pananampalataya/relihiyon, edad, kasarian/panliligalig na seksuwal, katayuan ng kasal/pamilya, kapansanan, tala ng pagka-aresto, (mga) hatol na kriminal, pagkakakilanlan ng kasarian, oryentasyong seksuwal, mga katangiang lantad na namana, katayuang militar, katayuan ng pagiging biktima ng karahasang domestiko at/o paghihiganti.

Pakisumite ang form na ito sa: **Affirmative Action Officer (AAO)** Oo **Affirmative Action Administrator 3 (AAA 3)**
 Richard C. Snyder LaShanna Frasier
 Room 2425 Room 2511
 Corning Tower, ESP Corning Tower, ESP
 Albany, NY 12237-0013 Albany, NY 12237-0013
 o i-email ito sa: richard.snyder@health.ny.gov o LaShanna.Frasier@health.ny.gov.
 Para sa mga tanong mangyaring tumawag sa: (518) 473-1703 o sa (518) 473-7883

Impormasyon ng Nagreklamo

Pangalan: _____

Address ng Tahanan: _____

Telepono sa Tahanan: _____ Telepono sa Trabaho: _____

Email: _____

Mga Detalye ng Claim

- Lahi Bansang Pinagmulan Edad
 Kulay Kasarian Kapansanan

Ginawa ang iyong claim ng diskriminasyon laban kay:

Pangalan ng Provider: _____

Address: _____

Telepono: _____ (Mga) Petsa na nangyari ang diskriminasyon: _____

Nagpapatuloy ba ang diskriminasyon? Oo Hindi



Pakilarawan nang maikli ang di-umano'y pag-uugaling maselan at ang mga dahilan mo sa pagpapasya na ang pag-uugali ay maselan. Pakisama ang mga pangalan ng mga saksi, kung mayroon, at maglakip ng suportang data, kung mayroon. Pakigamit ng karagdagang papel, kung kailangan.

Nag-file ka ba ng claim kaugnay ng reklamong ito sa isang pederal, estado o lokal na entidad ng pamahalaan? Oo Hindi

Nagsimula ka ba ng isang legal na paghahabla o aksiyon sa hukuman kaugnay ng reklamong ito? Oo Hindi

Umupa ka ba ng isang abogado tungkol sa mga paratang sa reklamo? Oo Hindi

Lagda ng Nagreklamo _____ Petsa _____