

Partie plaignante

Nom _____
NOM DE FAMILLE PRÉNOM INITIALE DU SECOND PRÉNOM

Adresse _____
NUMÉRO RUE

VILLE ÉTAT CODE POSTAL

N° de téléphone principal (_____) _____ Autre n° de téléphone (_____) _____

Personne (institution) soupçonnée de commettre une infraction

Nom de la personne _____
NOM DE FAMILLE PRÉNOM INITIALE DU SECOND PRÉNOM

Nom de l'institution _____
NUMÉRO RUE

Adresse _____
VILLE ÉTAT CODE POSTAL

N° de téléphone (_____) _____

Personne remplissant ce formulaire (si différente de la partie plaignante ci-dessus)

Nom _____
NOM DE FAMILLE PRÉNOM INITIALE DU SECOND PRÉNOM

Adresse _____
NUMÉRO RUE

VILLE ÉTAT CODE POSTAL

N° de téléphone principal (_____) _____ Autre n° de téléphone (_____) _____

Brève description de l'infraction (utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire)

Veuillez cocher cette case si une page supplémentaire est jointe : Nombre de pages _____

* L'Article 27-F de la Loi de Santé Publique de l'État de New York exige que toute information médicale relative au VIH ou au SIDA, y compris le fait qu'une personne passe un test de dépistage VIH et/ou le résultat d'un test de dépistage VIH, reste confidentielle.

Signature de la personne déposant plainte _____ Date _____

Veuillez envoyer le formulaire complété à : **NYS Department of Health, AIDS Institute, Special Investigation Unit, ESP, Corning Tower – Room 308, Albany, NY 12237**