

## نموذج الشكوى من التمييز الخاصة بشخص خارجي

يستخدم هذا النموذج من قبل عامة الناس لتقديم ادعاء تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العقيدة/الدين أو العمر أو الجنس/التحرش الجنسي أو الحالة الاجتماعية/الأسرية أو الإعاقة أو سجلات الاعتقال أو الاتهام(الانتهاكات) الجنائية أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي أو الخواص الجينية المهينة أو الحالة العسكرية أو حالة ضحية العنف المنزلي أو وجود دوافع انتقامية وذلك بموجب قانون الرعاية ميسورة التكلفة.

يُرجى تقديم هذا النموذج إلى: موظف التمييز الإيجابي (Affirmative Action Officer, AAO) أو مسؤول التمييز الإيجابي 3 (Affirmative Action Administrator 3, AAA 3)

Richard C. Snyder  
Room 2425  
Corning Tower, ESP  
Albany, NY 12237-0013  
richard.snyder@health.ny.gov  
(518) 473-1703

LaShanna Frasier  
Room 2511  
Corning Tower, ESP  
Albany, NY 12237-0013  
LaShanna.Frasier@health.ny.gov  
at (518) 473-7883

أو  
أو  
أو

أو إرساله بالبريد الإلكتروني إلى:  
لطرح الأسئلة يُرجى الاتصال بالرقم:

## بيانات مُقدم الشكوى

الاسم: \_\_\_\_\_

عنوان المنزل: \_\_\_\_\_

هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ هاتف العمل: \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

## تفاصيل الادعاء

العرق الأصل القومي العمر اللون الجنس الإعاقة 

قُدّم ادعاء التمييز الخاص بك ضد:

اسم مُقدم الرعاية: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_ تاريخ (تواريخ) وقوع التمييز: \_\_\_\_\_

نعم  لا 

هل لا يزال التمييز مستمرًا؟

يُرجى وصف سلوك التمييز المزعوم بإيجاز وذكر أسبابك التي جعلتك تعتقد أن هذا السلوك كان تمييزياً. يُرجى تضمين أسماء الشهود، إذا وجدوا، وإرفاق البيانات التي تدعم موقفك، إذا كانت متاحة. يُرجى استخدام أوراق إضافية، إذا لزم الأمر.

لا  نعم

هل قمت بتقديم ادعاء بخصوص هذه الشكوى إلى كيان حكومي خاص بالحكومة الفيدرالية أو بالولاية أو بالحكومة المحلية؟

لا  نعم

هل أقمت دعوى قضائية أو طلبت حكم محكمة بخصوص هذه الشكوى؟

لا  نعم

هل قُمت بتعيين محامٍ بخصوص المزاем الواردة في الشكوى؟

توقيع مقدم الشكوى \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_