

Ky formular do të përdoret nga publiku për të ngritur padi për diskriminim sipas ligjit "Për kujdesin e përballueshëm", për shkak të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, besimit/fesë, moshës, gjinisë/ngacimit seksual, statusit martesor/familjar, aftësive të kufizuara, rekordeve kriminale, dënimeve për vepra penale, identitetit gjinor, orientimit seksual, karakteristikave të predispozitave gjenetike, statusit ushtarak, statusit si viktimë e dhunës në familje dhe/ose hakmarrjes.

Dorëzoheni këtë formular pranë:	Affirmative Action Officer (AAO) Richard C. Snyder Room 2425 Corning Tower, ESP Albany, NY 12237-0013	ose	Affirmative Action Administrator 3 (AAA 3) LaShanna Frasier Room 2511 Corning Tower, ESP Albany, NY 12237-0013
ose dërgojeni me email në adresat:	richard.snyder@health.ny.gov	ose	LaShanna.Frasier@health.ny.gov
Për pyetje telefononi në numrin:	(518) 473-1703	ose	në (518) 473-7883

### Të dhënat e ankimuesit

Emri: \_\_\_\_\_

Adresa e banimit: \_\_\_\_\_

Numri i telefonit të shtëpisë: \_\_\_\_\_ Numri i telefonit të zyrës: \_\_\_\_\_

Emaili: \_\_\_\_\_

### Detajet e ankesës

Raca

Origjina kombëtare

Moshë

Ngjyra

Gjinia

Aftësitë e kufizuara

Ankesa juaj për diskriminim bëhet kundër:

Emri i ofruesit: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Numri i telefonit: \_\_\_\_\_ Datat kur ka ndodhur diskriminimi: \_\_\_\_\_

A vazhdon ky diskriminim?

Po

Jo



Përshkruani shkurtimisht sjelljet diskriminuese të pretenduara dhe arsyet pse mendoni që këto sjellje janë diskriminuese. Përfshini emrat e dëshmitarëve, nëse ka, dhe bashkëngjisni prova, nëse janë të disponueshme. Përdorni fletë shtesë, nëse është e nevojshme.

A keni ngritur ndonjë padi në lidhje me këtë ankesë pranë një subjekti qeveritar federal, shtetëror apo vendor?  Po  Jo

A keni ndërmarrë ndonjë procedurë ligjore dhe a keni ngritur padi në lidhje me këtë ankesë?  Po  Jo

A keni marrë ndonjë avokat për akuzat e ngritura në ankesë?  Po  Jo

Nënshkrimi i ankimesit \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_