



## Форма жалобы на нарушение гражданских прав и права доступа к обслуживанию для

### Жалоб на основании Закона об американцах с ограниченными возможностями, Раздела 504 Закона о реабилитации, Раздела VI Закона о гражданских правах, неоказания языкового доступа и дискриминации против защищенного класса

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке или в другом формате, напишите на [dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov) или позвоните по бесплатному телефону (866) 731-3202.

Имя: Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_

Вы заполняете эту форму за себя или от имени другого лица?      За себя      От имени другого лица

Имя другого лица: Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_

Сегодняшняя дата: \_\_\_\_\_ (Эту жалобу необходимо подать в течение одного года с даты предполагаемого случая дискриминации.)

Адрес лица, которое считает, что оно подверглось дискриминации:

Улица \_\_\_\_\_ Номер квартиры \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_

Телефон (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Предпочтительный способ связи: \_\_\_\_\_

Отношение к/ вовлеченность в работу с DCYF: \_\_\_\_\_

Номер дела (если применимо): \_\_\_\_\_

Основание или причина дискриминации:

Раса/цвет кожи

Национальное происхождение

Пол:

Мужчина

Женщина

X/небинарная  
личность

Беременность

Гендерная идентичность

Сексуальная ориентация

Статус ветерана или военнослужащего

Инвалидность

Использование собаки-поводыря/служебного  
животного

Иммиграционный статус/статус гражданства

Грудное вскармливание

Религиозные воззрения/религия

Предпочитаемый язык письменной или  
устной речи

Напишите коротко о произошедшей ситуации в ходе которой, по вашему мнению, вы подверглись дискриминации:

Имя и фамилия сотрудника (сотрудников) DCYF, участвовавших в этой ситуации: \_\_\_\_\_

Местонахождение офиса: \_\_\_\_\_

Дата события/причинения вреда: \_\_\_\_\_

Местонахождения события/причинения вреда: \_\_\_\_\_

Вы отправили в жалобу в какое-либо другое ведомство? Если да, то в какое агентство: \_\_\_\_\_

**Отправьте эту форму жалобы по адресу [dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov)**

**Или**

**Отправьте ее по почте по адресу: Service Access and Civil Rights, DCYF, PO Box 40993, Olympia, WA 98504-0983**

Эта жалоба должна быть получена DCYF в течение **одного года** с даты события, которое, по вашему мнению, включало дискриминацию в отношении вас. Мы свяжемся с вами в течение 15 рабочих дней после получения этой формы.

При желании вы можете подать анонимную жалобу — для этого укажите любую личную информацию. Однако знайте, что если вы решите подать анонимную жалобу, мы не сможем полностью расследовать ее, не имея возможности опросить вас, чтобы получить всю необходимую информацию. Мы также не сможем связаться с вами по поводу результатов рассмотрения жалобы.

**Если вы являетесь сотрудником DCYF**, подавшим жалобу или нуждаетесь в разумной адаптации рабочего места, свяжитесь с отделом кадров DCYF по адресу [dcyf.reasonableaccommodation@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.reasonableaccommodation@dcyf.wa.gov)

**Если вы подали жалобу, не связанную** с дискриминацией против защищенного класса или в отношении языкового доступа, обращайтесь в отдел по работе с клиентами DCYF по адресу [constrelations@dcyf.wa.gov](mailto:constrelations@dcyf.wa.gov)

Если вы являетесь клиентом, заказчиком или представителем общественности, которому **требуется разумная адаптация** от DCYF в связи с инвалидностью, обращайтесь по адресу [dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov)