

ФОРМА ЖАЛОБЫ О ДИСКРИМИНАЦИОННОМ ОБРАЩЕНИИ

Эта форма предназначена для подачи жалобы в DPSS о дискриминационном обращении в связи с нарушениями в отношении любого из защищенных категорий, предусмотренных Отделом 21 Управления социального обслуживания штата Калифорния. Согласно Руководству по гражданским правам DPSS округа Лос-Анджелес, данная форма не является обязательной для официальной подачи жалобы на дискриминацию.

Вы можете подать жалобу, если считаете, что вас дискриминировали по причине вашего:

- Национального происхождения (включая язык)
- Расы
- Идентификации этнической группы
- Поля
- Гендерной идентификации
- Семейного положения
- Состояния здоровья
- Религии
- Инвалидности (физической или психической)
- Иммиграционного статуса.
- Цвета кожи
- Социального происхождения
- Возраста
- Гендерного самовыражения
- Сексуальной ориентации
- Домашнего партнерства
- Генетической информации
- Политической принадлежности
- Гражданства
- Любой другого применимого основания.

Инструкции:

1. Заполните прилагаемую форму PA 607 - Жалоба о дискриминационном обращении (Complaint of Discriminatory Treatment). Не забудьте указать свое имя, номер телефона, почтовый адрес, номер дела и описание предполагаемой дискриминации (при необходимости, приложите дополнительные страницы). Чтобы подать жалобу анонимно, вы можете оставить раздел для указания имени пустым, а в разделе для подписи написать "Анонимно".
2. Укажите запрашиваемые меры по исправлению проблемы предполагаемой дискриминации.
3. Подпишите форму.
4. Подайте форму жалобы лично в любое отделение DPSS, по телефону, факсу, электронной почте или по почте США по адресу:

**Department of Public Social Services
Civil Rights Section
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
Telephone: (562) 908-8501
Fax: (562) 692-2240
Email: DPSCivilRights@dpss.lacounty.gov**

Обратите, пожалуйста, внимание:

- Отдел по гражданским правам DPSS назначит следователя, который подтвердит в письменном виде получение вашей жалобы.
- Подача PA 607 не является обязательным условием для подачи заявления о дискриминации; вы можете подать письменную жалобу по электронной почте, устную жалобу по телефону или сообщив любому сотруднику DPSS, чтобы инициировать жалобу о дискриминации.
- Применение ответных мер включено в число защищенных видов деятельности в соответствии с Разделом 21 CDSS и запрещено. Жалоба о применении ответных мер определяется как любая форма запугивания, угроз, принуждения или дискриминации в отношении любого лица, участвующего в защищенной деятельности, такой как подача жалобы, дача показаний или участие каким-либо образом в любом расследовании, разбирательстве или слушании. Это не то же самое, что жалоба на дискриминацию, однако, это запрещено в соответствии с Разделом 21 CDSS.

ЖАЛОБА О ДИСКРИМИНАЦИОННОМ ОБРАЩЕНИИ

Пожалуйста, верните заполненную форму в:

Department of Public Social Services Civil Rights Section
12860 Crossroads Parkway South

City of Industry, CA 91746

Электронная почта: DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov

Телефон: (562) 908-8501

Факс: (562) 692-2240

ИМЯ ДЕЛА:

НОМЕР ДЕЛА:

Я, _____, настоящим подаю жалобу на дискриминационное обращение
(Пожалуйста, напишите ваше имя печатными буквами) и прошу провести расследование.

Я считаю, что меня дискриминировали из-за моего (отметьте как минимум 1 пункт):

НАЦИОНАЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ (включая язык)	ВОЗРАСТ	ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ
ЦВЕТ КОЖИ	ПОЛ	РЕЛИГИЯ
РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	ГЕНДЕРНОЕ САМОВЫРАЖЕНИЕ	ПОЛИТИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ
СОЦИАЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ	ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ	ГРАЖДАНСТВО
ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ	СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ	ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС
НАЛИЧИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ИЛИ ПСИХИЧЕСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДОМАШНЕЕ ПАРТНЕРСТВО СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ	ЛЮБОЕ ДРУГОЕ ПРИМЕНИМОЕ ОСНОВАНИЕ:

Я СЧИТАЮ, ЧТО ПРОТИВ МЕНЯ БЫЛИ ПРИМЕНЕНЫ ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ ИЗ-ЗА:

ДАТА, КОГДА СОБЫТИЕ ИМЕЛО МЕСТО:

ИМЯ И ДОЛЖНОСТЬ ЛИЦА(ЛИЦ) КОТОРЫЕ, КАК Я СЧИТАЮ, ПОДВЕРГЛИ МЕНЯ ДИСКРИМИНАЦИИ:

ДЕЙСТВИЕ, РЕШЕНИЕ ИЛИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВО, ПОБУДИВШЕЕ МЕНЯ ПОДАТЬ ЭТУ ЖАЛОБУ, ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:

Я ХОТЕЛ(А) БЫ, ЧТОБЫ БЫЛИ ПРИНЯТЫ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРЫ ПО ИСПРАВЛЕНИЮ СИТУАЦИИ:

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СОГЛАСИЯ — Поставив инициалы в этом варианте, я разрешаю Управлению социального обеспечения населения, Секции по гражданским правам (CRS) предоставить мои личные данные и другую информацию личного характера в распоряжение лиц организаций и учреждений, имеющих отношение к рассмотрению жалобы, и других Федеральных агентств и агентств штата Калифорния в соответствии с федеральными законами и нормативами, а также законодательством штата. Настоящим я даю право CRS получать материалы и информацию, включая, но не ограничиваясь, анкетами, делами, записями личного характера, а также историями болезней. Материалы и информация должны быть использованы для санкционированных действий, имеющих цель поддержку соблюдения гражданских прав. Я понимаю, что от меня не требуют в обязательном порядке разрешить данное разглашение, и я даю это согласие добровольно.

ОТКАЗ ОТ СОГЛАСИЯ — Я не даю своего согласия на разглашение моего имени или другой персонально идентифицирующей информации. Я понимаю, что данная жалоба **может быть не** расследована в результате моего отказа дать согласие на разглашение информации.

АДРЕС:

(ПОДПИСЬ)

(ДАТА)

ТЕЛЕФОН: