

**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
- Пола
- 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
- Любого 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: [DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov](mailto:DPSSCivilRights@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](mailto: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)

**ЦВЕТ КОЖИ**

**РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ**

**СОЦИАЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ**

**ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЭТНИЧЕСКОЙ**  
**ГРУППЫ**

**НАЛИЧИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ИЛИ**  
**ПСИХИЧЕСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ**

**ВОЗРАСТ**

**ПОЛ**

**ГЕНДЕРНОЕ САМОВЫРАЖЕНИЕ**

**ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ**

**СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ**

**СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ**

**ДОМАШНЕЕ ПАРТНЕРСТВО**

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ**

**ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**РЕЛИГИЯ**

**ПОЛИТИЧЕСКАЯ**

**ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ**

**ГРАЖДАНСТВО**

**ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС**

**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 целью 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:**