

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**

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@dps.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):

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

Я считаю, что против меня были предприняты 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.

 (ПОДПИСЬ) (ДАТА) АДРЕС: _____

ТЕЛЕФОН: _____