

**ФОРМА «ЖАЛОБА О ДИСКРИМИНАЦИОННОМ ОБРАЩЕНИИ»**

Эта форма предназначена для подачи жалобы в DPSS о дискриминационном обращении в связи с нарушениями в отношении любого из защищенных групп, охватываемых Разделом 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 подверглись дискриминации по следующим признакам:

- Национальное происхождение (включая язык)
- Цвет кожи
- Расовая принадлежность
- Социальное происхождение
- Принадлежность к этнической группе
- Возраст
- Пол
- Гендерное самовыражение
- Гендерная идентификация
- Сексуальная ориентация
- Семейное положение
- Домашнее партнерство
- Состояние здоровья
- Генетическая информация
- Религия
- Политическая принадлежность
- Инвалидность (физическая или психическая)
- Гражданство
- Иммиграционный статус
- Любое другое применимое основание

**Инструкции:**

1. Заполните прилагаемую форму PA 607 – «Жалоба о дискриминационном обращении». Убедитесь, что указали 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 для инициирования жалобы 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 любым 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.

**ФОРМА «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 о дискриминационном обращении  
 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  
 ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ К ЭТНИЧЕСКОЙ  
 ГРУППЕ  
 ФИЗИЧЕСКАЯ ИЛИ ПСИХИЧЕСКАЯ  
 ИНВАЛИДНОСТЬ

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/ПРИМЕНИЛИ ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ  
 ПРОТИВ МЕНЯ:

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 обслуживания населения, Отделу 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, заявлениями, делами, записями личного характера, а также историями болезней. Материалы и информация должны быть использованы для санкционированных действий по соблюдению и обеспечению гражданских прав. Я понимаю, что от меня не требуют в обязательном порядке разрешить данное разглашение, и я даю это согласие добровольно.

**ОТКАЗ ОТ СОГЛАСИЯ** — Поставив инициалы в этом варианте, 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: