

Жалоба о дискриминации

Department of Licensing (DOL) соблюдает все применимые федеральные законы и законы штата, постановления и распоряжения, касающиеся гражданских прав при предоставлении услуг и предоставлении доступа к объектам для общественности. Если Вы считаете, что, возможно, DOL проявил дискриминацию против Вас при предоставлении доступа к общественным объектам или услугам DOL, сообщите об этом в DOL. Заполните данный бланк и отправьте по почте по адресу:

Civil Rights Compliance Coordinator
Department of Licensing
PO Box 9032
Olympia, WA 98507

Эл. адрес: CivilRtsCoord@dol.wa.gov Номер телефона: 844 200 4466

Регистрационный номер
(только для пользования DOL)

Контактная информация — если нам понадобится с Вами связаться

Ваше полное имя	10-значный номер телефона для звонков в дневное время	Адрес электронной почты
Домашний адрес (дом и улица, город, штат, почтовый индекс)		

Информация об инциденте

Дата инцидента (дд/мм/гггг)	Приблизительное время инцидента <input type="checkbox"/> до полудня <input type="checkbox"/> после полудня	Место инцидента
Основание/тип инцидента (выберите все, что относится к делу) <input type="checkbox"/> Раса/цвет кожи <input type="checkbox"/> Пол <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Возраст <input type="checkbox"/> Низкий уровень дохода <input type="checkbox"/> Национальная принадлежность / ограниченное знание английского языка <input type="checkbox"/> Другое (уточните) _____		Подавали ли Вы жалобу в другие инстанции в связи с данным инцидентом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «да», в какую инстанцию? _____
Описание инцидента (объясните, что произошло)		
Перечислите приложенные к данному бланку любые документы, подтверждающие суть инцидента.		

Привлеченные лица, если применимо

Имя человека, проявившего, по Вашему мнению, против Вас дискриминацию	Должность	10-значный номер телефона
Имя человека, проявившего, по Вашему мнению, против Вас дискриминацию	Должность	10-значный номер телефона
Имя человека, проявившего, по Вашему мнению, против Вас дискриминацию	Должность	10-значный номер телефона
Имя свидетеля инцидента		10-значный номер телефона
Имя свидетеля инцидента		10-значный номер телефона
Имя свидетеля инцидента		10-значный номер телефона

X

Подпись

Дата