

Скарга щодо дискримінації

Політика Department of Licensing (DOL) полягає в тому, щоб дотримуватися всіх застосовних федеральних законів і законів штатів, постанов і розпоряджень, пов'язаних із громадянськими правами у сфері надання послуг і доступу населення до громадських закладів. Якщо Ви вважаєте, що DOL, можливо, проявив дискримінацію щодо Вас під час надання Вам доступу до громадських закладів або послуг DOL, DOL хоче отримати від Вас інформацію про це. Заповніть цю форму й надішліть на адресу:

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

Електронна пошта: CivilRtsCoord@dol.wa.gov Номер телефону: 844 200 4466

Контактна інформація — на випадок, якщо нам потрібно з Вами зв'язатися

Номер відстеження (тільки для використання DOL)

Ваше ім'я та прізвище	10-значний номер телефону, за яким з Вами можна зв'язатися вдень	Електронна пошта
Домашня адреса (адреса, місто, штат, поштовий індекс)		

Інформація про випадок

Дата випадку (дд/мм/рррр)	Приблизний час випадку <input type="checkbox"/> до полудня <input type="checkbox"/> після полудня	Місце випадку
Основа/тип скарги (виберіть усі відповідні варіанти) <input type="checkbox"/> Раса/колір шкіри <input type="checkbox"/> Стать <input type="checkbox"/> Інвалідність <input type="checkbox"/> Вік <input type="checkbox"/> Низький рівень доходу <input type="checkbox"/> Національне походження / низький рівень володіння англійською мовою <input type="checkbox"/> Інше (указати) _____		Ви подали скаргу до іншого органу щодо цього випадку? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо «Так», то до якої установи? _____
Опис випадку (поясніть, що сталося)		
Укажіть, чи є будь-які підтверджувальні документи щодо випадку, й додайте їх до цієї форми		

Залучені особи, якщо є

Ім'я та прізвище особи, яка, на Вашу думку, проявила дискримінацію щодо Вас	Посада	10-значний номер телефону
Ім'я та прізвище особи, яка, на Вашу думку, проявила дискримінацію щодо Вас	Посада	10-значний номер телефону
Ім'я та прізвище особи, яка, на Вашу думку, проявила дискримінацію щодо Вас	Посада	10-значний номер телефону
Ім'я та прізвище свідка цього випадку		10-значний номер телефону
Ім'я та прізвище свідка цього випадку		10-значний номер телефону
Ім'я та прізвище свідка цього випадку		10-значний номер телефону

X

Підпис

Дата