Нажмите здесь, чтобы НАЧАТЬ или ОЧИСТИТЬ. Затем нажмите клавишу TAB

WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF LICENSING

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

Адрес электронной почты: CivilRtsCoord@dol.wa.gov **Номер телефона:** (844) 200-4466

Контактная информация – если нам понадобится с вами связаться

Ваше полное имя	(Код района) Номер телефона для звонков в дневное время	Регистрационный номер (только для пользования DOL) Адрес электронной почты
Домашний адрес *(дом и улица, город, штат, почтовый индекс)*		

Информация об инциденте

Дата инцидента *(мм/дд/гггг)*	Приблизительное время инцидента ☐ до полудня ☐ после полудня	Место инцидента

Основание/тип инцидента *(выберите все, что относится к делу)*

☐ Раса/цвет кожи ☐ Пол
☐ Инвалидность ☐ Возраст
☐ Низкий уровень дохода ☐ Национальная принадлежность/ ограниченное знание английского языка
☐ Другое (уточните) _____

Подавали ли вы жалобу в другие инстанции в связи с данным инцидентом?
☐ Да ☐ Нет
Если «да», в какую инстанцию?
_____

Описание инцидента *(объясните, что произошло)*

Перечислите приложенные к данному бланку любые документы, подтверждающие суть инцидента.

Вовлеченные в инцидент лица (если таковые имеются) – укажите имя, должность или номер телефона, если известны

Имя человека, проявившего, по вашему мнению, против вас дискриминацию	Должность	(Код района) Номер телефона
Имя человека, проявившего, по Вашему мнению, против вас дискриминацию	Должность	(Код района) Номер телефона
Имя человека, проявившего, по вашему мнению, против вас дискриминацию	Должность	(Код района) Номер телефона
Имя свидетеля инцидента		(Код района) Номер телефона
Имя свидетеля инцидента		(Код района) Номер телефона
Имя свидетеля инцидента		(Код района) Номер телефона

X **По завершении, пожалуйста, распечатайте и подпишитесь здесь.**

Подпись Дата