

ЖАЛОБА НА ДИСКРИМИНАЦИЮ

ИМЯ	ВИД ПОМОЩИ
АДРЕС	НОМЕР ДЕЛА
	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ()

Я считаю, что я подвергся дискриминации на основе:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> РАСЫ | <input type="checkbox"/> НАЦИОНАЛЬНОСТЬ | <input type="checkbox"/> РЕЛИГИИ | <input type="checkbox"/> СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ |
| <input type="checkbox"/> ПОЛА | <input type="checkbox"/> ЦВЕТА КОЖИ | <input type="checkbox"/> ИНВАЛИДНОСТИ
(Включая статус HIV) | <input type="checkbox"/> ВОЗРАСТА |
| <input type="checkbox"/> ПОЛИТИЧЕСКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | <input type="checkbox"/> СЕМЕЙНОГО СОЖИТЕЛЬСТВА | <input type="checkbox"/> СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ | <input type="checkbox"/> ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ |

ИМЯ ЛИЦА, КОТОРОЕ ДИСКРИМИНИРОВАЛО	ДОЛЖНОСТЬ	ДАТА ПРОИСШЕСТВИЯ	МЕСТО ПРОИСШЕСТВИЯ И АГЕНТСТВО

Опишите своими словами, что произошло, почему вы считаете, что вы были дискриминированы.

Укажите, какое решение вы ищите.

По моему убеждению и насколько мне известно, вышеуказанная информация правдива и передана полностью.

- Я не даю согласия на оглашение моего имени или другой личной информации. Я понимаю, что эта жалоба не может быть расследована в результате моего отказа дать свое согласие на разглашение информации.
- Подписывая эту жалобу, я даю разрешение Бюро Защиты Прав Человека CDSS (CRB) раскрыть мою личность и другую личную информацию лицам, в организации или учреждении под следствием и другим федеральным и государственными учреждениями в соответствии с действующими законами и нормативными актами Федерации и государства. Я разрешаю CRB получать материалы и информацию, включая, но не ограничиваясь приложениями, делами, личными делами и медицинскими записями. Материалы и информация должны быть использованы для уполномоченной деятельности связанной с правами человека и надзорной деятельности. Я понимаю, что я не обязан разрешить это оглашение информации, и я делаю это добровольно.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА
-------------------	------