

## СКАРГА З ПРИВОДУ ДИСКРИМІНАЦІЇ

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ	ТИП ДОПОМОГИ
АДРЕСА	НОМЕР СПРАВИ
	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ( ) КОД РЕГІОНУ

Я вважаю, що зазнав(-ла) дискримінації за ознакою:

- РАСИ
  НАЦІОНАЛЬНОГО ПОХОДЖЕННЯ
  ВІРОСПОВІДАННЯ
  СІМЕЙНОГО СТАНУ  
 СТАТІ  
(включаючи гендерну ідентичність)
  КОЛЬОРУ ШКІРИ
  ІНВАЛІДНОСТІ  
(включаючи ВІЛ-статус)
  ВІКУ  
 ПОЛІТИЧНОЇ ПРИНАЛЕЖНОСТІ
  ГРОМАДЯНСЬКОГО ПАРТНЕРСТВА
  СЕКСУАЛЬНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ
  НАЛЕЖНОСТІ ДО ЕТНІЧНОЇ ГРУПИ

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ОСОБИ, ЯКА ЗАЗНАЛА ДИСКРИМІНАЦІЇ	ПОСАДА	ДАТА ІНЦИДЕНТУ	МІСЦЕ ІНЦИДЕНТУ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ

Опишіть своїми словами дію або дії, що відбулися, через які ви вважаєте, що зазнали дискримінації.

Вкажіть, якого рішення ви вимагаєте.

Я розумію, що вищевказана інформація є достовірною та повною, наскільки мені відомо.

- Я не даю згоди на розголошення мого імені та прізвища або інших даних, які дозволяють встановити особу. Я розумію, що ця скарга може не розглядатися внаслідок моєї відмови від надання згоди на розголошення інформації.
- Підписуючи цю скаргу, я надаю дозвіл Департаменту соціального забезпечення штату Каліфорнія - Бюро з цивільних прав (CDSS - Civil Rights Bureau (CRB)) розкривати інформацію про мою особу та інші особисті дані іншим особам в межах організації чи установи, щодо якої проводиться розслідування, а також іншим федеральним і державним установам відповідно до чинних федеральних законів і правил, а також законів і правил штату. Я уповноважую Бюро з цивільних прав отримувати матеріали та інформацію, включаючи, крім іншого, заяви, матеріали справи, особові та медичні документи. Матеріали та інформація мають використовуватися з метою реалізації цивільних прав та виконання правозастосовних дій. Я розумію, що я не зобов'язаний(-а) надавати цей дозвіл, і що я роблю це добровільно.

ПІДПИС ОСОБИ, ЯКА НАДАЛА СКАРГУ	ДАТА
---------------------------------	------