

### ЖАЛОБА О НАРУШЕНИИ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ

TO: DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES  
CIVIL RIGHTS SECTION  
12860 CROSSROADS PARKWAY SOUTH  
CITY OF INDUSTRY, CALIFORNIA 91746

ИМЯ ДЕЛА:

НОМЕР ДЕЛА:

Я, \_\_\_\_\_, подаю данную жалобу на дискриминационное обращение и прошу провести расследование.  
(Пожалуйста, напишите ваше имя печатными буквами)

Я считаю, что подвергся(лась) дискриминации из-за:

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> НАЦИОНАЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ | <input type="checkbox"/> ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ   | <input type="checkbox"/> РЕЛИГИЯ              |
| <input type="checkbox"/> ЦВЕТ КОЖИ                  | <input type="checkbox"/> ГЕНДЕРНОЕ САМОВЫРАЖЕНИЕ  | <input type="checkbox"/> ПОЛИТИЧЕСКИЕ ВЗГЛЯДЫ |
| <input type="checkbox"/> РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ     | <input type="checkbox"/> СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ   | <input type="checkbox"/> ИНВАЛИДНОСТЬ         |
| <input type="checkbox"/> ПРОИСХОЖДЕНИЕ              | <input type="checkbox"/> СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ       | <input type="checkbox"/> ЛЮБАЯ ДРУГАЯ         |
| <input type="checkbox"/> ЭТНИЧЕСКАЯ ГРУППА          | <input type="checkbox"/> СОЖИТЕЛЬСТВО С ПАРТНЕРОМ | <input type="checkbox"/> ПОДХОДЯЩАЯ ПРИЧИНА:  |
| <input type="checkbox"/> ВОЗРАСТ                    | <input type="checkbox"/> МЕДИЦИНСКОЕ СОСТОЯНИЕ    | _____   |
| <input type="checkbox"/> ПОЛ                        | <input type="checkbox"/> ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ  |   |

ДАТА, КОГДА СОБЫТИЕ ИМЕЛО МЕСТО: \_\_\_\_\_

ИМЯ И ДОЛЖНОСТЬ ЛИЦА(ЛИЦ), КОТОРОЕ, КАК Я СЧИТАЮ, ПРОЯВИЛО ОТНОШЕНИЕ, ДИСКРИМИНИРУЮЩЕЕ МЕНЯ:

\_\_\_\_\_

ДЕЙСТВИЕ, РЕШЕНИЕ ИЛИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВО, ПОБУДИВШЕЕ МЕНЯ ПОДАТЬ ЭТУ ЖАЛОБУ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я ПРЕДЛАГАЮ ПРИНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРЫ ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ СИТУАЦИИ:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Поставьте инициалы на этой строчке, если вы выражаете согласие

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СОГЛАСИЯ** – Проставив свои инициалы, я понимаю, что в процессе расследования моей жалобы, Управление социального обеспечения, Секция по гражданским правам (Civil rights Section-CRS) может при необходимости предоставлять мои личные данные и информацию личного характера, имеющие отношение к процессу рассмотрения жалобы, в распоряжение сотрудников федеральной службы по гражданским правам и штата Калифорния, в пределах, необходимых для рассмотрения жалобы в соответствии с федеральными законами и нормативами, а также законодательством штата. Я даю право CRS получать материалы и информацию, включая, но не ограничиваясь анкетами, делами, записями личного характера, а также историями болезней. Материалы и информация должны быть использованы для санкционированных действий, имеющих целью поддержку соблюдения гражданских прав. Я понимаю, что от меня не требуют в обязательном порядке подписать данное разрешение, я даю это согласие добровольно.

Поставьте инициалы на этой строчке, если вы не согласны

**ОТКАЗ ОТ СОГЛАСИЯ** – Я не даю согласия на то, чтобы обо мне предоставлялась информация личного характера. Я понимаю, что мой отказ дать согласие на предоставление информации затруднит рассмотрение моей жалобы и может повлечь за собой прекращение расследования.

(ПОДПИСЬ)

(ДАТА)

АДРЕС: \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН: \_\_\_\_\_