MARYLAND DEPARTMENT OF TRANSPORTATION

Департамент транспорта штата Мэриленд

БЛАНК ЖАЛОБЫ О НАРУШЕНИИ РАЗДЕЛА VI

Раздел I				
Имя:				
Адрес:				
Телефон (домашний)		Телефон (рабочий):		
Адрес электронной почты:				
Требования по доступному формату?	Крупный шрифт		Аудиокассета	
	TDD		Другое	

Раздел II		
Вы подаете данную жалобу от своего имени?	Да*	Нет
*Если Вы ответили “Да” на этот вопрос, переходите к Разделу III.		
Если “Нет”, пожалуйста укажите имя и степень родства с человеком, от имени которого Вы подаете жалобу:		
Пожалуйста объясните, почему Вы подаете жалобу от третьего лица: _____		
Пожалуйста подтвердите, что Вы действуете с разрешения потерпевшей стороны, если Вы подаете жалобу от имени третьего лица.	Да	Нет

Секция III		
По моему мнению дискриминация, которой я подвергся, была основана на (отметьте все подходящие пункты):		
[ ] Расе	[ ] Цвете кожи	[ ] Национальности
Дата проявления предположительной дискриминации (Месяц, День, Год): _____		
Объясните насколько возможно ясно, что произошло и почему Вы считаете, что стали объектом дискриминации. Опишите всех задействованных лиц. Включите имя и контактную информацию лица (лиц), которые проявили по отношению к Вам дискриминацию (если знаете), а также имена и контактную информацию возможных свидетелей. Если понадобится больше места, пожалуйста используйте обратную сторону данного бланка.		