

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):				
<input type="checkbox"/> Раса		<input type="checkbox"/> Цвете кожи		<input type="checkbox"/> 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.				