ЖАЛОБА О ДИСКРИМИНАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ ИЛИ НА РАБОТЕ
SERVICE DELIVERY OR EMPLOYMENT DISCRIMINATION COMPLAINT

Children and Families	Health Services	Workforce Development
DCF-F-156-E	F-00166	DETS-16707-E (R. 07/2016)

Если вам необходима помощь при заполнении данной формы, свяжитесь, пожалуйста, со следующим лицом:

Имя и фамилия – Координатор равных возможностей	Тел.: (голосовая связь)	Тел.: (для глухих)
Имя и фамилия заявителя		Тел:
Адрес (номер дома, улица, город, штат, почтовый индекс)		

Основание для жалобы о дискриминации при оказании услуг или на работе. При оказании услуг запрещается дискриминация на следующих основаниях: возраст, цвет кожи, инвалидность, национальность, религия, политические убеждения или принадлежность к политической партии, семейное положение, наличие детей или родственников, раса, пол, гендерная принадлежность, сексуальная ориентация, генетическая диагностика или получение дохода (полностью или частично) за счет государственных пособий, преследования в связи с подачей или содействием в составлении жалобы о дискриминации при участии в программе, услугах или деятельности, осуществляемой или финансируемой из федерального бюджета.

Трудовая дискриминация запрещается на следующих основаниях: возраст (старше 40 лет), национальная принадлежность или происхождение, аресты и судимости, цвет кожи, вероисповедание или религия, инвалидность или ассоциация с инвалидом, генетическая диагностика, проверка на честность, семейное положение, беременность или роды, военная служба, раса, пол, сексуальная ориентация, употребление или отказ от использования разрешенных законом веществ не на территории работодателя и в нерабочее время. Запрещается харассмент сотрудников на рабочем месте на основании их юридически защищенного статуса или в связи с подачей жалобы или помощью в составлении таковой или из-за противодействия трудовой дискриминации. Федеральное законодательство по защите этических убеждений медицинских работников запрещает определенным получателям государственной финансовой помощи дискриминировать медицинский персонал из-за отказа или готовности в соответствии с религиозными или нравственными убеждениями участвовать в стерилизации или выполнять аборты. Такие средства правовой защиты действуют при приеме на работу и оказании услуг; однако некоторые запрещенные основания для дискриминации не применимы ко всем программам и/или видам трудовой деятельности.

Наименование организации и/или имя и фамилия сотрудника или работодателя на которого подается жалоба.

Опишите действие или отношение, которое вы считаете дискриминирующим. Информация должна включать в себя ответы на следующие вопросы: Кто? Что? Когда? Где? Каким образом? Почему?, а также фамилии, адреса и телефонные номера любых свидетелей, если они вам известны. Укажите точную дату последнего нарушения. Если вам требуется больше места, воспользуйтесь дополнительным листом бумаги. Если вы прилагаете дополнительные листы, то ниже обязательно укажите количество прилагаемых листов.

Сообщите, каким образом необходимо исправить ситуацию или удовлетворить вашу жалобу?:

ПОДПИСЬ – Заявитель или его представитель	Дата подписания:

Эта страница заполняется служащим агентства, которое принимает, рассматривает и отвечает на вашу жалобу.

НЕОФИЦИАЛЬНАЯ ЖАЛОБА

Дата получения:	Получено:	Должность:

Агентство:

Действия и лица, подвергающиеся проверке:

Результаты проверки (Необходимо выполнить в течение 30 дней):

Предпринятые действия:

Требуются ли дальнейшие действия? ☐ Да ☐ Нет
Если да, какие действия рекомендуются?

КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ О ДИСКРИМИНАЦИИ НА РАБОТЕ ИЛИ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ

Инструкции по заполнению жалобы о дискриминации на работе или при оказании услуг

Вы имеете право подать жалобу, если вы считаете, что к вам по-другому относятся на основании возраста, расы, религии, цвета кожи, пола, национальности или происхождения, инвалидности или ассоциации с инвалидом, арестов или судимостей, сексуальной ориентации, семейного положения или беременности, политических убеждений или принадлежности к политической партии, военной службы, употребления или неупотребления разрешенных законом веществ не на территории работодателя или поставщика услуг в нерабочее время. Если вам незаконно отказали в предоставлении услуг или отнеслись к вам иначе, чем к другим лицам, или если программа была вам недоступна, то, возможно, имела место дискриминация.

ВНИМАНИЕ. Если у вас не приняли заявление на услугу или вам сказали, что вы не имеете права на определенную программу, ОДНАКО вы полагаете обратное, попросите у поставщика услуг брошюру о том, как подать апелляцию в территориальный орган или потребовать административное слушание на уровне штата. Ваше право на апелляцию решения или административное слушание на уровне штата на зависит от наличия жалобы о дискриминации.

Вы вправе подать неофициальную жалобу о дискриминации в адрес работодателя или поставщика услуг или же официальную жалобу о дискриминации в органы штата или федеральные службы. Жалобы о дискриминации по возрасту в рамках программ, финансируемых Министерством сельского хозяйства и службой продовольствия и питания (U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services (USDA-FNS)) направляйте непосредственно по адресу: USDA Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. Эта жалоба будет перенаправлена в соответствующую региональную службу FNS Regional OCR в течение 5 (пяти) рабочих дней после ее получения. Никто не имеет права преследовать или угрожать вам в связи с подачей жалобы. Запрещаются преследования или угрозы в адрес ваших свидетелей в связи с их готовностью рассказать о том, что они видели, слышали или испытали. Жалобы, касающиеся федерального законодательства по защите этических убеждений медицинских работников (Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws), следует направлять напрямую в HHS Office of Civil Rights.

Все официальные жалобы должны быть поданы в течение 180 дней с момента инцидента или случая дискриминации. Если произошел инцидент, то жалобу необходимо подать как можно скорее. ЕСЛИ вы уже подали неофициальную жалобу и не удовлетворены принятым решением, вы вправе подать официальную жалобу в течение установленного срока. Если вы планируете подавать официальную жалобу, то не ждите истечения срока подачи жалобы для того, чтобы получить ответ на неофициальную жалобу.

Для подачи неофициальной жалобы о дискриминации в адрес поставщика услуг или работодателя, позвоните координатору равных возможностей (Equal Opportunity Coordinator), чтобы получить специальную форму для жалобы о дискриминации, по телефону: _____ или по телефону TDD: _____.

Заполненную форму направьте координатору равных возможностей вашего поставщика услуг (Equal Opportunity Coordinator). Имя и фамилия координатора должны быть указаны в настоящем документе.

Если вы хотите подать официальную жалобу, то заполненную форму можно направить непосредственно в надлежащий орган штата или федеральную службу, приведенные на следующих страницах. К форме нужно приложить сопроводительное письмо, где указано, что вы подаете официальную жалобу на финансирующую организацию. Персонал органа штата или федеральной службы обязаны сообщить вам о результатах проверки в течение 90 дней.

Подача официальной жалобы о дискриминации в отношении услуг осуществляется в следующие органы штата:

ПРОГРАММА	ОРГАН ШТАТА
Wisconsin (WI) Works (W-2), (W-2) Transitions, Temporary Assistance to Needy Families (TANF), Brighter Futures Initiative, Child Support, Early Care and Education, Head Start, Child Care and Day Care Certification Programs, Child Welfare, Milwaukee Child Welfare and Integration Programs, Emergency Assistance, Families and Economic Security, Community Service Jobs, Job Access Loans, Adoption and Foster Care Programs, Safety and Permanence Programs (Out-of-Home Care, Safety and Well Being, Program Integrity), Child Placement Services, Child Abuse and Neglect, Protective Services, Kinship Care, Domestic Abuse/Domestic Violence Programs, и прочие программы, осуществляемые под руководством WI Department of Children and Families. Refugee and Immigrant Services (Social Services, Older Refugee, Family Strengthening, Health Services, Preventative Health Services, Mental Health, Refugee Cash and Medical Assistance)	**WI Department of Children and Families** 201 E. Washington Ave, Second Floor P.O. Box 8916 Madison, WI 53708-8916 608-266-5335 (голосовая связь) 800-864-4585 (TTY)
Medical Assistance Services, Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare (formerly Food Stamps Program in Wisconsin), TEFAP, SeniorCare, Community Aid, Long Term Care, Mental Health and Substance Abuse, Services to the Deaf and Hard of Hearing, Blind and Visually Impaired and Persons with Disabilities, Family Care, Public Health Services, Community Health Center Programs, WIC (Women, Infants and Children), и прочие программы, осуществляемые под руководством WI Department of Health Services	**WI Department of Health Services** Department of Health Services Civil Rights Compliance Attn: Attorney Pamela McGillivray 1 West Wilson Street, Room 651 P.O. Box 7850 Madison, WI 53707-7850 608-266-1258 (голосовая связь) 608-267-1434 (факс) 800-947-3529 (TTY) или Wisconsin Relay 711 Email: DHSCRC@dhs.wisconsin.gov
Wisconsin Workforce Investment Act, и прочие программы, осуществляемые под руководством Wisconsin Department of Workforce Development.	**WI Department of Workforce Development** ATTN: Equal Opportunity Officer 201 E. Washington Ave, Room G100 P.O. Box 7972 Madison, WI 53707-7972 608-266-6889 (voice); 866-275-1165 (TDD)
Жалобы в отношении вакансий с испытательным сроком и несубсидируемых вакансий. Любые условия работы сотрудников организации, финансируемой DCF, DHS и/или DWD и их субподрядчиков.	**Equal Rights Office** P.O. Box 8928 Madison, WI 53708 608-266-6860 (голосовая связь) : 608-264-8752 (текстовый телефон) **Equal Rights Office** 819 North Sixth Street, Room 255 Milwaukee, WI 53203 414-227-4384 (voice); 414-227-4081 (TDD) **U.S. Equal Employment Opportunity Commission** Reuss Federal Plaza 310 West Wisconsin Ave., Suite 800 Milwaukee, WI 53203-2292 800-669-4000 (голосовая связь) 414-297-4133 (факс); 800-669-6820 (TTY) **Milwaukee District Office** U.S. Department of Labor, OFCCP Federal Building 310 West Wisconsin Avenue, Suite 1115 Milwaukee, WI 53203 414-297-3821 (голосовая связь); 414-297-4038 (факс)

Вы также имеете право подать официальную жалобу в федеральные службы, приведенные ниже:

ПРОГРАММА	ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
Официальные жалобы о дискриминации в отношении вышеуказанных услуг, осуществляемых под руководством Wisconsin Department of Health Services. Официальные жалобы о дискриминации на основании федерального закона о защите этических убеждений медицинских работников (Federal Health Care Providers Conscience Protection Law).	**Office for Civil Rights** **U.S. Department of Health and Human Services** 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019 (голосовая связь, звонок бесплатный) 800-537-7697 (TDD, звонок бесплатный) **U.S. Dept. of Health and Human Services** **Office for Civil Rights – Region V** 233 N. Michigan Ave., Suite 240 Chicago, IL 60601 800-368-1019 (голосовая связь, звонок бесплатный) 312-886-1807 (факс) 800-537-7697 (TDD, звонок бесплатный)
Официальные жалобы о дискриминации в отношении любой программы, финансируемой из федерального бюджета.	**Coordination and Review Section - NWB** **Civil Rights Division** **U.S. Department of Justice** 950 Pennsylvania Avenue, NW Washington, D.C. 20530 888-848-5306 - English and Spanish (английский и испанский языки) 202-307-2222 (голос) 202-307-2678 (TDD) **Горячая линия Title VI:** 1-888-TITLE-06 (1-888-848-5306) (Голос /TDD) **Жалобы о дискриминации по инвалидности:** **U.S. Department of Justice** **Civil Rights Division** 950 Pennsylvania Avenue, NW Disability Rights Section - NYAV Washington, DC 20530 800-514-0301 (голосовая связь) 800-514-0383 (TTY) (также на испанском языке)
Если вы хотите подать жалобу о дискриминации гражданских прав в USDA в отношении программы Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), ранее известной как Food Stamp Program на федеральном уровне), FoodShare (ранее известной как Food Stamps в Висконсине), WIC, TEFAP и Food Stamp Employment and Training (FSET) Program, **просим заполнить форму жалобы о дискриминации USDA Program Discrimination Complaint,** размещенной в сети Интернет по адресу: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, или в любом отделении USDA или сделайте заявку на получение формы по телефону: 866-623-9992.	USDA Director, Office of Adjudication 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 866-632-9992 (запрос формы) Электронная почта: program.intake@usda.gov 800-877-8339 (Federal Relay Services) 800-845-6136 (испанский)