

### ЖАЛОБА НА ДИСКРИМИНАЦИЮ

КОМУ: San Francisco Human Services Agency  
Office of Civil Rights (OCR)  
City and County of San Francisco  
P.O. Box 7988  
San Francisco, CA 94120

**НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:**

**НОМЕР ДЕЛА:**

Я, \_\_\_\_\_, настоящим подаю жалобу на дискриминацию  
(Укажите Ваше имя разборчиво) и запрос на проведение расследования.

Я считаю, что по отношению ко мне проявили дискриминацию по указанным ниже признакам.

<input type="checkbox"/> НАЦИОНАЛЬНОСТЬ (в том числе язык)	<input type="checkbox"/> ВОЗРАСТ	<input type="checkbox"/> ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ
<input type="checkbox"/> ЦВЕТ КОЖИ	<input type="checkbox"/> ПОЛ	<input type="checkbox"/> РЕЛИГИОЗНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ
<input type="checkbox"/> РАСА	<input type="checkbox"/> ГЕНДЕР	<input type="checkbox"/> ПОЛИТИЧЕСКИЕ ВЗГЛЯДЫ
<input type="checkbox"/> ПРОИСХОЖДЕНИЕ	<input type="checkbox"/> ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ИЛИ САМОВЫРАЖЕНИЕ	<input type="checkbox"/> ДРУГИЕ ПРИМЕНИМЫЕ ПРИЗНАКИ:
<input type="checkbox"/> ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ К ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ	<input type="checkbox"/> СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ	_____
<input type="checkbox"/> ФИЗИЧЕСКАЯ ИЛИ ПСИХИЧЕСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ	<input type="checkbox"/> СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	
	<input type="checkbox"/> ДОМАШНЕЕ ПАРТНЕРСТВО	
	<input type="checkbox"/> СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ	

ДАТА ПРОЯВЛЕНИЯ: \_\_\_\_\_

ФАМИЛИЯ (-И) И ИМЯ (ИМЕНА), ДОЛЖНОСТЬ (-И) ЧЕЛОВЕКА (ЛЮДЕЙ), ПРОЯВИВШЕГО (-ИХ) ДИСКРИМИНАЦИЮ ПО ОТНОШЕНИЮ КО МНЕ:

\_\_\_\_\_

ДЕЙСТВИЕ, РЕШЕНИЕ ИЛИ СОСТОЯНИЕ, ЗАСТАВИВШИЕ МЕНЯ ПОДАТЬ ЭТУ ЖАЛОБУ:

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

Я БЫ ХОТЕЛ (-А), ЧТОБЫ БЫЛИ ПРИНЯТЫ ТАКИЕ КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ:

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

\_\_\_\_\_  
Подпишите  
инициалами в  
этой строке,  
если даете  
согласие.

**СОГЛАСИЕ ПОЛУЧЕНО.** Подписываясь здесь, я разрешаю Управлению по гражданским правам (Office of Civil Rights, OCR) Департамента социального обеспечения (Human Services Agency, HSA) указать мою личность и раскрыть другую персональную информацию людям в организации или учреждении, в связи с которыми ведется расследование, а также другим федеральным агентствам или агентствам штата согласно действующим федеральным законам и нормам и законам и нормам штата. Настоящим я разрешаю HSA получать материалы и информацию, в том числе, помимо прочего, заявления, материалы дел, личные записи и медицинские записи. Материалы и информация должны использоваться для санкционированных действий по соблюдению и защите гражданских прав. Я понимаю, что мне не обязательно давать данное согласие, и я делаю это добровольно.

\_\_\_\_\_  
Подпишите  
инициалами в  
этой строке,  
если не даете  
согласия.

**СОГЛАСИЕ НЕ ПОЛУЧЕНО.** Я не даю согласия на раскрытие моего имени или другой информации, идентифицирующей личность. Я понимаю, что в результате моего отказа раскрыть личную информацию эту жалобу могут не расследовать.

\_\_\_\_\_  
(ПОДПИСЬ)

\_\_\_\_\_  
(ДАТА)

\_\_\_\_\_  
АДРЕС:

\_\_\_\_\_  
ТЕЛЕФОН: