

Modulo di denuncia per discriminazione nei servizi

La Contea di Suffolk, ai sensi del Titolo VI della Legge sui Diritti civili del 1964 (Title VI of the Civil Rights Act of 1964) e dei relativi statuti, garantisce che nessun cittadino della contea venga escluso dalla possibilità di partecipare o di ricevere i benefici a cui ha diritto, o sia altrimenti oggetto di discriminazione per motivi di razza, colore, origine nazionale, disabilità, sesso (nel contesto dell'istruzione) o età, in qualsiasi programma o attività amministrata dalla contea.

Se ritenete di avere subito una discriminazione sulla base di razza, colore, origine nazionale, disabilità, sesso (nel contesto dell'istruzione) o età, compilate questo modulo e presentatelo come indicato di seguito.

Nota: le informazioni seguenti sono necessarie per consentirci di evadere la denuncia. Per eventuali richieste di assistenza nella compilazione del modulo, contattateci al numero (631) 853-4235.

Sezione I:

1. Nome del denunciante _____
2. Indirizzo _____
3. Città, Stato e Codice postale _____
4. Numero di telefono [Indicare il numero a cui è più facile essere raggiunti]
Casa _____ Lavoro _____ Cell. _____
5. Indirizzo e-mail _____
6. Requisiti di formato per l'accesso facilitato? Stampa a caratteri grandi TDD/TTY
 Altro _____

Sezione II:

Chi compila questo modulo è anche il denunciante? Sì No Se sì, andare alla Sezione III.

1. Persona oggetto della discriminazione
Nome _____
Indirizzo _____
Città, Stato e Codice postale _____
2. Numero di telefono: Casa _____ Lavoro _____
Cell. _____
3. Indirizzo e-mail _____
4. Requisiti di formato per l'accesso facilitato? Stampa a caratteri grandi
 TDD/TTY Altro _____
5. Tipo di rapporto con la persona oggetto della discriminazione: _____
6. Indicare il motivo per cui si compila il modulo in sua vece. _____
7. La persona oggetto della discriminazione (Parte lesa) deve autorizzare la presentazione della denuncia e l'indagine per suo conto. Confermate di aver ricevuto l'autorizzazione a presentare questa denuncia per conto della Parte lesa. Sì No

Sezione III:

1. Quale delle seguenti dichiarazioni descrive meglio il motivo per cui ritenete che ci sia stata discriminazione? È stata a causa di: (selezionare il motivo)

<input type="checkbox"/> Razza /Colore	<input type="checkbox"/> Età
<input type="checkbox"/> Origine nazionale	<input type="checkbox"/> Disabilità

Sesso (nel contesto dell'istruzione)

Altro (specificare) _____

2. In quale data e ora si è verificata la presunta discriminazione?

Data (Mese/ Giorno/ Anno) _____ Ora _____

3. Descrivete in dettaglio che cosa è successo, il luogo in cui è avvenuto e la persona ritenuta responsabile. Fornite il maggior numero di informazioni possibili per identificare e contattare eventuali testimoni e responsabili.

(Se occorre altro spazio, usare il retro di questo modulo o allegare altre pagine)

Sezione IV:

1. È stata presentata una denuncia analoga presso un'altra agenzia federale, statale o locale o presso una corte federale o statale? Sì No

Se sì, specificate gli enti contattati _____

2. Fornite le informazioni per contattare un responsabile dell'agenzia o della corte presso cui è stata presentata la denuncia.

Nome _____
Agenzia/Corte _____
Numero di telefono _____ Indirizzo e-mail _____

(Se occorre altro spazio, usare il retro di questo modulo o allegare altre pagine)

Apponete la firma in basso. È possibile allegare qualsiasi altra informazione o materiale cartaceo se ritenuto rilevante per la denuncia.

Firma

Data

Se questa denuncia è stata compilata per conto della persona indicata nella Sezione II precedente, quest'ultima dovrà apporre la propria firma in basso.

Firma della Parte lesa

Data