



ФОРМА ЖАЛОБЫ НА ДИСКРИМИНАЦИЮ ADA

1. Имя (истец)		4. Лицо, подвергшееся дискриминации (если оно не является истцом)	
2. Домашний адрес (улица, город, штат, почтовый индекс)		Имя	
3. Телефон(ы)		Адрес	
Адрес электронной почты		Город, Штат, Почтовый индекс	
		Телефонные номера)	
5. Имя человека(ов), который предположительно подверг вас дискриминации, если известно.	6. Дата предполагаемого инцидента	7. Место предполагаемого инцидента	
8. Тип предполагаемой дискриминации	9. Объясните, что произошло и как, по вашему мнению, вас подвергли дискриминации (как вы чувствуете, что к другому человеку относились иначе, чем к вам) Укажите, кто был вовлечен, и объясните его роль.		
10. Полностью идентифицируйте любое лицо(а), с которым мы можем связаться для получения дополнительной информации для поддержки и разъяснения ваших обвинений [имя, адрес, телефон(а)]			
11. Какая еще информация, имеющая отношение к расследованию этой жалобы, у вас есть?			
12. Как можно решить вашу проблему к вашему удовлетворению?		13. Если вы уже подавали жалобу в J TA ранее, укажите, когда, где и как?	
Подпись		Дата:	
Получение (следователем ADA):			

Если вам нужно больше места, прикрепите дополнительные листы. Прикрепите любую подтверждающую документацию.