



Форма скарги щодо доступу до послуг та громадянських прав для

Скарг щодо доступу до мови та дискримінації захищеного класу згідно Закону про американців з обмеженими можливостями, Розділу 504 Закону про реабілітацію, Частини VI Закону про громадянські права

Якщо вам потрібна допомога із заповненням цієї форми або якщо вам потрібна ця форма іншою мовою чи в іншому форматі, будь ласка, зв'яжіться з нами за адресою dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov або зателефонуйте за безкоштовним номером (866) 731-3202.

Ім'я та прізвище: Прізвище _____ Ім'я _____

Ви заповнюєте цю форму від свого імені чи від імені іншої особи?

Від свого імені Від імені іншої особи

Ім'я та прізвище іншої особи: Прізвище _____ Ім'я _____

Сьогоднішня дата: _____ (Цю скаргу необхідно подати **протягом одного року** з моменту ймовірної дискримінаційної події.)

Адреса особи, яка вважає, що зазнала дискримінації:

Вулиця _____ № квартири _____

Місто _____ Штат _____ Поштовий індекс _____

Електронна пошта _____

Телефон (_____) _____ Бажаний спосіб зв'язку: _____

Відношення до/участь у DCYF: _____

Номер справи (якщо застосовно): _____

Підстава або причина дискримінації:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Раса/Колір шкіри | <input type="checkbox"/> Статус ветерана або військового |
| <input type="checkbox"/> Національне походження | <input type="checkbox"/> Інвалідність |
| <input type="checkbox"/> Гендер: | <input type="checkbox"/> Використання собаки-поводиря/тварини-поводиря |
| <input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка <input type="checkbox"/> Х/Небінарна особа | <input type="checkbox"/> Імміграційний статус/Статус громадянства |
| <input type="checkbox"/> Вагітність | <input type="checkbox"/> Годуюча мама |
| <input type="checkbox"/> Гендерна ідентичність | <input type="checkbox"/> Віровосповідання/Релігія |
| <input type="checkbox"/> Сексуальна орієнтація | <input type="checkbox"/> Бажана письмова або розмовна мова |

Будь ласка, коротко опишіть те, що сталося, і на вашу думку, є дискримінацією:

Залучений(і) співробітник(и) DCYF: _____

Розташування офісу: _____

Дата події/завдання шкоди: _____

Місце події/завдання шкоди: _____

Чи подали ви скаргу в інше агентство? Якщо так, в яке агентство: _____

Будь ласка, надішліть вашу форму скарги на адресу dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov

Або

Надішліть її на поштову адресу: Service Access and Civil Rights, DCYF, PO Box 40993, Olympia, WA 98504-0983

Ця скарга має бути отримана DCYF протягом **одного року** після події, яку ви вважаєте дискримінаційною. Ми зв'яжемося з вами протягом 15 робочих днів після отримання цієї форми.

Ви можете подати анонімну скаргу, якщо хочете; для цього не включайте будь-яку особисту інформацію. Однак майте на увазі, що якщо ви вирішите подати анонімну скаргу, ми не зможемо повністю розслідувати скаргу, не маючи можливості опитати вас, щоб отримати всю необхідну інформацію. Ми також не зможемо зв'язатися з вами стосовно результату розгляду скарги.

Якщо ви є працівником DCYF і маєте скаргу або потребуєте розумного пристосування на робочому місці, зверніться до відділу кадрів DCYF за адресою dcyf.reasonableaccommodation@dcyf.wa.gov

Якщо у вас є скарга, не пов'язана із дискримінацією захищених класів чи доступом до мови, зв'яжіться з відділом DCYF з відносин із клієнтами за адресою constrelations@dcyf.wa.gov

Якщо ви є клієнтом, замовником або представником громадськості, якому **потрібна розумна модифікація** від DCYF для осіб з обмеженими можливостями, напишіть на адресу dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov