



Департамент социального обеспечения
Род-Айленда Дирекция
25 Howard Avenue, Cranston, RI 02920
(401) 462-6427
(Голосовое) Устройство связи для глухих 1-800-745-6575

ФОРМА ЖАЛОБЫ О ДИСКРИМИНАЦИИ

Заявитель: _____
(фамилия, имя)

Адрес: _____

Город, штат и почтовый индекс: _____

Телефон: домашний _____ иной: _____

Электронная почта: (необязательно): _____

Предпочтительный способ связи: Почта Телефон Эл. почта Другое

Предпочитаемый язык (если не английский): _____

У вас есть представитель? Да Нет

Если у вас есть представитель, хотите ли вы, чтобы мы отправляли копии всей дальнейшей корреспонденции этому лицу? (отметьте один вариант цвета)

Да Нет

Представитель: _____
(фамилия, имя)

Адрес: _____

Город, штат и почтовый индекс: _____

Телефон: домашний: _____ иной: _____

Электронная почта: (необязательно): _____

Предпочтительный способ связи: Почта Телефон Эл. Почта Другое

Кем подана жалоба: _____

Физическое или юридическое лицо, которое предположительно осуществило дискриминацию заявителя:

Имя/наименование: _____

Адрес юридического лица: _____

Программа:

- RIW (Денежная помощь) SNAP (Программа помощи по обеспечению питанием)
 GPA (Помощь населению) MPP (Страховая программа Medicare)
 LTSS (Долгосрочные услуги и поддержка) CCAP (Программа помощи детям)
 SSP (Государственная программа дополнительных выплат) KB (Katie Beckett)
 ACC (Medicaid) EAD (Medicaid, для людей в возрасте 65 лет и старше, слепых или с ограниченными возможностями)

Заявитель предположительно подвергся дискриминации по следующим основаниям

(отметьте все подходящие варианты)

- Раса Цвет кожи Пол (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию)
 Национальность
 Ограниченные возможности Возраст Религия Политические убеждения

Дата, когда имела место предположительная дискриминация: _____

Опишите случай дискриминации, и как он повлиял на заявителя. Приложите дополнительные страницы, при необходимости.

О каких ответных мерах просит заявитель?

Подавали ли вы эту жалобу в какой-либо федеральный, региональный или местный орган или в суд? (Отметьте один вариант ответа) Да Нет

Если да, в какой орган или суд: _____

Контактное лицо органа или суда: _____

Планируете ли вы подать ее в другой орган? Да Нет
(Отметьте один вариант ответа)

Наименование органа: _____

Подпись: _____ Дата: _____

Направить по адресу:

Координатору по связям с
общественностью Community Relations
Liaison Officer
RI Department of Human Services
25 Howard Ave, Building 57, Room 4-39
Cranston, RI 02920

*USDA обеспечивает равные возможности обслуживания и
трудоустройства*