

דער פארעם איז צו ווערן גענוצט דורכן פובליק אריינצוגעבן א קלאגע פון דיסקרימינאציע אונטער די Affordable Care Act באזירט אויף ראסע, קאליר, נאציאנאלע אפשטאם, קריד\רעליגיע, עלטער, געשלעכט\געשלעכטליכע סעקירונג, הייראט\פאמיליע סטאטוס, דיסאביליטי, ארעסט רעקארד, קרימינאלע קאנוויקשאן(ס), דזשענדער אידענטיטעט, געשלעכטליכע אריענטאציע, פרידיספאזינג גענעטישע כאראקטעריסטיקס, מיליטערישע סטאטוס, דאמעסטישע געוואלדטאטן קרבן סטאטוס און\אדער נקמה.

אפירמעטיוו עקשאן אדימיניסטראטאר 3 -
Affirmative Action Administrator 3 (AAA 3)
LaShanna Frasier
Room 2511
Corning Tower, ESP
Albany, NY 12237-0013
LaShanna.Frasier@health.ny.gov
אויף (518) 473-7883

אדער
אדער

אפירמעטיוו עקשאן באאמטער -
Affirmative Action Officer (AAO)
Richard C. Snyder
Room 2425
Corning Tower, ESP
Albany, NY 12237-0013
richard.snyder@health.ny.gov
אדער
אדער (518) 473-1703

ביטע גיבט אריין דעם פארעם צו די:
אדער אימעיל'ט עס צו:
פאר פראגעס ביטע רופט:

קלאגע אינפארמאציע

נאמען: _____
 היים אדרעס: _____
 ארבעטס טעלעפאן: _____ היים טעלעפאן: _____
 אימעיל: _____

איינצעלהייטן פונעם קלעים

עלטער נאציאנאלע אפשטאם ראסע
 דיסאביליטי געשלעכט קאליר

אייער קלאגע פון דיסקרימינאציע איז געמאכט אנטקעגן:
 נאמען: _____
 אדרעס: _____
 טעלעפאן: _____ דאטום(ס) ווען די דיסקרימינאציע איז פארגעקומען: _____
 טוט די דיסקרימינאציע ווייטער אנגיין? יא ניין

ביטע שילדערט אין קורצן די באשולדיגטע דיסקרימינירנדע אויפפירונג און אייערע אורזאכן פאר באשליסן אז די אויפפירונג איז געווען דיסקרימינירנד. ביטע לייגט צו די נעמען פון עדות, אויב עס זענען דא, און באהעפט שטיצנדע אינפארמאציע, אויב גרייט. ביטע נוצט נאך בלעטער פאפיר אויב נויטיג.

האט איר אריינגעגעבן א קלאגע אנבאלאנגט דעם אנקלאגע צו א פעדעראלע, סטעיט אדער לאקאלע רעגירונג איינהייט? יא ניין

האט איר אנגעהויבן א לעגאלע סוט אדער געריכט עקשאן אנבאלאנגט דעם אנקלאגע? יא ניין

האט איר אויפגענומען אן אדוואקאט אין פארבינדונג מיט די באשולדיגונגען אין דעם אנקלאגע? יא ניין

אונטערשריפט פון אנקלעגער _____ דאטום _____