

本表供公众针对《Affordable Care Act》（平价医疗法案）规定的以下性质的歧视提出申诉：种族、肤色、国籍、信仰/宗教、年龄、性别/性骚扰历史、婚姻/家庭状况、残障、逮捕记录、犯罪判决、性别认同、性取向、发病基因特征、服役状况、家庭暴力受害人身份和/或报复历史。

请将本表提交至：  
 Affirmative Action Officer  
 （平权法案官员，AAO）  
 Richard C. Snyder  
 Room 2425  
 Corning Tower, ESP  
 Albany, NY 12237-0013  
 richard.snyder@health.ny.gov  
 (518) 473-1703

或

Affirmative Action Administrator 3  
 （第3平权法案管理员，AAA 3）  
 LaShanna Frasier  
 Room 2511  
 Corning Tower, ESP  
 Albany, NY 12237-0013  
 LaShanna.Frasier@health.ny.gov  
 (518) 473-7883

或发送电子邮件至：  
 如有疑问请致电：

### 投诉人信息

姓名：\_\_\_\_\_

家庭住址：\_\_\_\_\_

住宅电话：\_\_\_\_\_ 公司电话：\_\_\_\_\_

电子邮箱：\_\_\_\_\_

### 申诉详情

- 种族                       出国籍                       年龄
- 肤色                         性别                          残障

您的歧视申诉事由对象：

提供者名称：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

电话：\_\_\_\_\_ 歧视发生日期：\_\_\_\_\_

歧视仍在继续吗？                       是       否

请简要说明诉称的歧视行为以及您认定该行为是歧视行为的理由。请提供见证人的姓名（如有）并附上支持资料（如有）。如有必要，可另附页。

您是否已经就本投诉向联邦、州或地方政府机构提出申诉？

是  否

您是否已经就本投诉提起法律诉讼或法院诉讼？

是  否

您是否聘用了律师处理本投诉的指控？

是  否

投诉者签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_