

El público debe usar este formulario para presentar un reclamo por discriminación en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, en base a la raza, color, país de origen, credo/religión, edad, sexo/acoso sexual, estado civil/familiar, incapacidad, antecedentes penales, condenas, identidad sexual, orientación sexual, características genéticas predisuestas, estado militar, estado de la víctima de violencia doméstica y/o represalias.

Envíe este formulario a:
 Director de Acción Afirmativa (AAO) o Administradora de Acción Afirmativa 3 (AAA 3)
 Richard C. Snyder o LaShanna Frasier
 Oficina 2425 Oficina 2511
 Corning Tower, ESP Corning Tower, ESP
 Albany, NY 12237-0013 Albany, NY 12237-0013
 o bien, envíelo por correo electrónico a: richard.snyder@health.ny.gov o LaShanna.Frasier@health.ny.gov.
 Si tiene alguna pregunta, llame al: (518) 473-1703 o al (518) 473-7883

Información del demandante

Nombre: _____

Dirección particular: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Detalles del reclamo

Raza

País de origen

Edad

Color de la piel

Sexo

Discapacidad

Su reclamo de discriminación es acerca de lo siguiente:

Nombre del proveedor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha(s) en que ocurrió la discriminación: _____

¿Continúa la discriminación? Sí No



Describa brevemente la supuesta conducta discriminadora y la razón que le hizo concluir que la conducta fue discriminatoria. Incluya los nombres de los testigos, si los hubiere, y adjunte la información de respaldo, si está disponible. Adjunte hojas adicionales, si es necesario.

- ¿Ha presentado un reclamo acerca de esta queja a una entidad gubernamental federal, estatal o local? Sí No
- ¿Ha interpuesto una demanda legal o acción judicial acerca de esta queja? Sí No
- ¿Contrató a un abogado en base a los argumentos de la queja? Sí No

Firma de la persona que presenta el reclamo _____ Fecha _____