

Το παρόν έντυπο θα χρησιμοποιείται από το κοινό για την καταγγελία περιστατικών διάκρισης στο πλαίσιο του Νόμου περί Προσιτής Περίθαλψης (Affordable Care Act) των ΗΠΑ βάσει φυλής, χρώματος, εθνικής καταγωγής, θρησκευτικών πεποιθήσεων, φύλου/σεξουαλικής παρενόχλησης, έγγαμης/οικογενειακής κατάστασης, αναπηρίας, ποινικού μητρώου (συλλήψεις και ποινικές καταδίκες), ταυτότητας φύλου, γενετήσιου προσανατολισμού, προδιαθεσικών γονιδίων, στρατολογικής κατάστασης, θυματοποίησης λόγω ενδοοικογενειακής βίας ή/και πράξεων αντεκδίκησης.

Υποβάλετε το παρόν έντυπο στον/στην: Affirmative Action Officer (AAO) ή Affirmative Action Administrator 3 (AAA 3)
 Richard C. Snyder LaShanna Frasier
 Room 2425 Room 2511
 Corning Tower, ESP Corning Tower, ESP
 Albany, NY 12237-0013 Albany, NY 12237-0013
 ή αποστείλετέ το μέσω email στη διεύθυνση: richard.snyder@health.ny.gov ή LaShanna.Frasier@health.ny.gov
 Εάν έχετε απορίες, καλέστε τους αριθμούς: (518) 473-1703 ή (518) 473-7883

Στοιχεία καταγγέλλοντος/καταγγέλλουσας

Όνοματεπώνυμο: _____
 Διεύθυνση οικίας: _____
 Τηλέφωνο οικίας: _____ Τηλέφωνο εργασίας: _____
 Email: _____

Στοιχεία καταγγελίας

- Φυλή Εθνική καταγωγή Ηλικία
 Χρώμα Φύλο Αναπηρία

Η καταγγελία σας για διακριτική μεταχείριση γίνεται σε βάρος του ακόλουθου προσώπου:

Όνομα παρόχου: _____

Διεύθυνση: _____

Τηλέφωνο: _____ Ημερομηνία(ες) κατά την οποία σημειώθηκε το περιστατικό διάκρισης: _____

Η διάκριση εξακολουθεί να υφίσταται; Ναι Όχι



Περιγράψτε εν συντομία τη φερόμενη ως διακριτική μεταχείριση και τους λόγους που σας οδήγησαν να συμπεράνετε ότι η εν λόγω συμπεριφορά συνιστά διακριτική μεταχείριση. Αναφέρετε τα ονόματα μαρτύρων και επισυνάψτε αποδεικτικά στοιχεία, εάν υφίστανται. Χρησιμοποιήστε επιπλέον φύλλα χαρτί, εάν χρειάζεται.

Έχετε προσφύγει αναφορικά με την παρούσα καταγγελία σε κάποια ομοσπονδιακή, πολιτειακή ή τοπική κρατική υπηρεσία;

Ναι Όχι

Έχετε προσφύγει ενώπιον των δικαστηρίων αναφορικά με την παρούσα καταγγελία;

Ναι Όχι

Έχετε προσλάβει δικηγόρο αναφορικά με τους ισχυρισμούς της καταγγελίας;

Ναι Όχι

Υπογραφή καταγγέλλοντος/καταγγέλλουσας _____ Ημερομηνία _____