

Заполните форму и отправьте в Комиссию по правам человека штата Айдахо (Idaho Commission on Human Rights, IHRC). Помните, что заявление о дискриминации должно быть подано в установленные законом сроки, как правило, в течение 300-365 дней с момента предполагаемого акта дискриминации. После получения заявления следователь проверит, подпадает ли оно под рассмотрение IHRC. Просим ответить на все вопросы, относящиеся к вашей ситуации, как можно подробнее. Если вы не знаете, как ответить на данный вопрос, ответьте «не знаю». Если вопрос не применим к вашей ситуации, укажите «n/a». Вы можете заполнить форму в электронном виде или распечатать и написать свои ответы от руки. **Не забудьте сохранить копию перед тем, как закрыть или отправить ее.**

Персональные данные

Фамилия: _____ Имя: _____ МІ: _____

Адрес места жительства или почтовый адрес: _____ Апт.№ _____

Город: _____ Округ: _____ Штат: _____ Почтовый код: _____

Номера телефонов: Домашний: _____ Рабочий: _____ Мобильный: _____

Адрес эл. почты: _____

Дата рождения: _____ Пол: Мужской Женский Небинарный

Вы латиноамериканец или латинос? Да Нет

Какова ваша раса? (выберите все подходящее)

Коренной американец/Коренной житель Аляски Коренной чернойкожий/Афроамериканец Белый Азиат

Гаваец/Представитель Тихоокеанских Островов

В какой стране вы родились? _____

Укажите имя и номер телефона или электронной почты контактного лица, не проживающего с вами.

Имя: _____ Телефон/эл. почта: _____

Выдвигали ли вы ранее обвинения по этому вопросу в IHRC, ЕЕОС или другом учреждении? Да Нет

Если «да», укажите название учреждения и дату подачи: _____

Информация о жалобе

Я считаю, что меня подвергли дискриминации в отношении:

Работы Образования Жилья В общественном месте

(пример: в ресторане, медицинском кабинете, театре, магазине)

Название организации: _____

Адрес: _____ Округ: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый код: _____ Телефон: _____

Род деятельности: _____ Местоположение организации, если отличается от юридического адреса: _____

Количество работников в данной организации во ВСЕХ подразделениях:

Менее 5 5-14 15-100 101-200 201-500 Свыше 500

Вы федеральный служащий? Нет Да (Если «да», то не заполняйте эту анкету, а обратитесь в отдел ЕЕО вашего федерального ведомства).

Дата приема на работу: _____ Должность при приеме на работу: _____

Зарплата при приеме на работу: _____ Последняя или текущая зарплата: _____

Должность на момент предполагаемой дискриминации: _____

Дата увольнения/отстранения: _____ Имя и должность непосредственного руководителя: _____

В чем причина (основание) вашего заявления о дискриминации? Отметьте все, что применимо.

Раса Пол Возраст (более 40 лет) Инвалидность Национальность Религия

Цвет кожи Беременность Преследования (только при сообщении о дискриминационном поведении/домогательствах)

Сообщили ли вы о дискриминации кому-либо, например, своему начальнику, руководителю, в отдел кадров, владельцу предприятия? _____

Если вы заявили о преследовании, укажите основание (основания) (раса, пол, возраст, инвалидность, национальность, религия или цвет кожи): _____

Опишите случай с вами, который вы считаете дискриминацией? Укажите дату (даты) причинения вреда, действие (действия), а также имя (имена) и должность (должности) лица (лиц), которые, по вашему мнению, подвергли вас дискриминации. При необходимости приложите дополнительные страницы. (Например: 02.10.13 - Уволен Джоном Доу (John Doe), начальником производства.

А) Дата: _____ Действие: _____

Имя и должность ответственного лица (лиц): _____

В) Дата: _____ Действие: _____

Имя и должность ответственного лица (лиц): _____

Почему вы считаете, что эти действия были дискриминационными, т.е. вследствие вашей расы, цвета кожи, национальности, пола, религии, возраста, инвалидности или это акт преследования? При необходимости приложите дополнительные страницы.

Назовите и опишите других людей, которые оказались в такой же ситуации, как и вы. Опишите подобные или другие случаи обращения. Укажите, с кем обращались лучше, с кем хуже, а с кем так же, как с вами? При необходимости приложите дополнительные страницы.

Есть ли свидетели случаев предполагаемой дискриминации? Если да, то назовите их и расскажите нам, что, по вашему мнению, они скажут. При необходимости приложите дополнительные страницы.

Ответьте на следующие вопросы только в том случае, если вы заявляете о дискриминации по признаку инвалидности. Если нет, перейдите к параграфу подписи, ниже. При необходимости приложите дополнительные страницы.

Отметьте все, что относится к данному вопросу: Временная или постоянная инвалидность
 История болезни или справка, где указано «Инвалид»
 Связанные с человеком с ограниченными возможностями

Мешает ли вам или ограничивает состояние (состояния) делать что-либо? Если да, дайте описание.

В чем заключается инвалидность (или ограниченные возможности), которая, по вашему мнению, является причиной негативного действия в отношении вас?

Просили ли вы о каких-либо изменениях, улучшениях или помощи (приспособлениях) в связи с вашей инвалидностью или ограниченными возможностями? Да Нет

Если «да», когда вы обращались с просьбой? _____

В какой форме вы обращались с просьбой (устно или письменно)? _____

К кому вы обращались с просьбой? (Укажите полное имя и должность сотрудника)

Опишите изменения или помощь, о которых вы просили:

Каков был ответ на вашу просьбу?

Я понимаю, что данная форма не является официальной жалобой, и что, заполняя эту форму, я еще не подал жалобу на дискриминацию. Я понимаю, что IHRC рассмотрит эту форму и, при необходимости, продолжит работу со мной. После того как будет собрана информация, обвинение в дискриминации будет направлено мне на подпись. Обвинение не будет предъявлено и не будет вручено до тех пор, пока IHRC не получит формы с моей подписью, после чего мое дело будет поручено следователю. Я понимаю, что копия жалобы (обвинения в дискриминации), которую я подпишу, будет направлена работодателю или в организацию, против которой я подаю жалобу, и послужит основанием для проведения расследования IHRC.

Подпись:

Дата: