



Департамент фінансового та професійного регулювання штату Іллінойс

Форма скарги

Федеральні закони та нормативні акти штату вимагають від штату Іллінойс дотримання всіх законів про недискримінацію, включаючи, але не обмежуючись цим, Федеральний закон «Про громадянські права» 1964 року, Закон «Про американців з обмеженими можливостями» та Закон «Про права людини» штату Іллінойс. Це включає в себе забезпечення того, щоб усі люди могли повноцінно отримувати доступ до послуг, пільг та програм штату Іллінойс. Якщо ви вважаєте, що вам відмовили та/або обмежили доступ до державних послуг, пільг або програм на підставі вашого віку, раси, статі, інвалідності, національного походження, сексуальної орієнтації або будь-якої іншої захищеної причини, будь ласка, заповніть цю форму та надішліть на: FPR.EEO@illinois.gov.

Інформація про Вас

Ваше ім'я та адреса:

Ім'я

Адреса

Місто

Штат

Поштовий індекс _

Ваш(і) номер(и) телефону та адреса електронної пошти:

Домашній

Додатковий

В який зручний час з вами зв'язатися?

До полудня

Після полудня

Електронна пошта

Підстава для скарги:

Будь ласка, перевірте все, що може бути застосовано

Раса

Стать

Гендерна ідентичність

Недієздатність

Колір

Вік

Вагітність

відплата

Релігія

Національне походження

Статус громадянства

Сексуальні домагання

Сексуальна орієнтація

Доступ до мови

про арешт

Інше

Інформація про вашу скаргу

Будь ласка, вкажіть офіс штату Іллінойс (або інше місце), де стався інцидент(и), на який ви скаржитеся:

Будь ласка, вкажіть, наскільки це можливо, співробітника(ів) штату Іллінойс та/або іншу особу(ів), причетну до інциденту (ам):

Будь ласка, вкажіть приблизний час(и) і дату(и), коли стався інцидент(и):

--

Будь ласка, опишіть Вашу проблему або занепокоєння. Обов'язково вкажіть таку інформацію, як: хто був залучений і що вони зробили і/або сказали, включаючи будь-які використані образливі або принизливі вирази; якщо ви відчуваєте, що з вами або іншою людиною поведилися інакше, ніж з іншими; якщо ви намагалися і не змогли отримати доступ до державної інформації або послуг; і будь-яку іншу інформацію, яку ви вважаєте важливою. Якщо вам потрібне додаткове місце або у вас є додаткові письмові матеріали, що стосуються вашої скарги, будь ласка, прикладіть їх до цієї форми.

--

Чи є у вас свідки, які мають інформацію про вашу скаргу? Якщо так, будь ласка, вкажіть їх імена, адреси та номери телефонів.

Ім'я	Адрес	Номер телефону

Доступ до мови:

Будь ласка, заповніть цей розділ, якщо ваша скарга стосується доступу до державних послуг мовою, якою ви говорите або пишете.

1. На якій мові(ах) ви розмовляєте?
2. Ви читаєте і пишете на своїй мові?
3. Вам допомогли заповнити цю форму?

Якщо ви відповіли «Так» на № 3, будь ласка, вкажіть ім'я та контактну інформацію людини, яка вам допомагала:

Я підтверджую, що прочитав цю скаргу і що інформація, яку я надав, є правдивою і точною, наскільки мені відомо.

Підпис

Дата