



Министерство просвещения США  
Управление по гражданским правам

ФОРМА ЖАЛОБЫ НА  
ДИСКРИМИНАЦИЮ

Для подачи жалобы в Управление по гражданским вопросам Министерства просвещения США необязательно использовать данную форму. Вместо нее можно отправить бумажное или электронное письмо, которое должно включать информацию, запрашиваемую в пунктах 9-14 данной формы. Если вы решите использовать эту форму, заполните информацию на печатной машинке или компьютере. Если для ввода информации не хватает места, можно использовать дополнительные страницы. Онлайн-версия данной формы, которую можно подать в электронном виде, находится по адресу: <http://www.ed.gov/about/offices/list/ocr/complaintintro.html>.

Перед заполнением формы просим вас прочитать всю информацию, предоставленную в приложенном к ней пакете документов, включая: информацию о процедурах рассмотрения жалоб Управлением по гражданским правам, уведомление об использовании личной информации и форму согласия.

1. ФИО лица, подающего жалобу:

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Отчество: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Дом. тел.: \_\_\_\_\_ Рабочий тел.: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

2. ФИО дискриминированного лица (если **отличается** от лица, подающего жалобу). Если возраст дискриминированного лица – 18 лет и старше, нам понадобится подпись этого лица на этой форме жалобы и форме информированного согласия/форме разрешения на подачу жалобы, прежде чем мы сможем приступить к рассмотрению этой жалобы. Если лицо младше 18 лет, а вы не имеете правовых полномочий на подачу жалобы от имени учащегося, требуется подпись одного из родителей или официального опекуна.

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Отчество: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Дом. тел.: \_\_\_\_\_ Рабочий тел.: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

*Наша цель заключается в обеспечении равного доступа к образованию и повышении успеваемости по всей стране.*

3. Управление по гражданским правам рассматривает жалобы на дискриминацию в институтах и учреждениях, финансируемых Министерством просвещения США, а также в государственных образовательных организациях и библиотеках, которые подпадают под действие положений раздела II Закона о защите прав граждан с ограниченными возможностями. Пожалуйста, укажите учреждение или организацию, которое задействовано в данном предполагаемом акте дискриминации. Если мы не сможем принять вашу жалобу, мы попытаемся передать ее в соответствующую организацию и уведомить вас об этом факте.

**Название учреждения:** \_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_

**Город:** \_\_\_\_\_ **Штат:** \_\_\_\_\_ **Индекс:** \_\_\_\_\_

**Кафедра/Факультет:** \_\_\_\_\_

4. Нормы, введенные Управлением по гражданским правам, обеспечивают соблюдение запрета на дискриминацию по расовому признаку, дискриминацию по цвету кожи, дискриминацию по национальному признаку, дискриминацию по половому признаку, дискриминацию по признаку инвалидности, дискриминацию по возрастному признаку или дискриминацию как меру возмездия. Укажите основание вашей жалобы:

- Дискриминация по расовому признаку (укажите)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Дискриминация по цвету кожи (укажите)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Дискриминация по национальному признаку (укажите)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Дискриминация по половому признаку (укажите)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Дискриминация по признаку инвалидности (укажите)**

---

---

---

- Дискриминация по возрастному признаку (укажите)**

---

---

---

- Дискриминация как мера возмездия за подачу жалобы или защиту ваших прав (укажите)**

---

---

---

- Нарушение Закона о равном доступе в Организацию бойскаутов Америки (укажите)**

---

---

---

5. Опишите каждый предполагаемый акт дискриминации. Для каждого акта, следует указать дату(-ы) совершения акта дискриминации, имя (имена) каждого лица (лиц), задействованных в акте дискриминации, и причину, по которой вы уверены, что акт дискриминации был совершен по расовому признаку, признаку инвалидности, возрастному или половому признаку и т.д. Также следует указать имя (имена) любого лица (лиц), которое присутствовало и является свидетелем акта (актов) о дискриминации.

---

---

---

---

---

---

---

6. Когда в **последний раз** вы подвергались дискриминации?

Дата: \_\_\_\_\_

7. Если с момента указанной даты прошло **более 180 дней**, вы можете обратиться с просьбой об отмене 180-дневного срока ограничения.

- Я прошу отменить 180-дневный срок ограничения для подачи данной жалобы. Укажите причину, по которой вы не подали жалобу в 180-дневный срок.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Вы пытались решить вопрос с предполагаемым актом дискриминации в учреждении посредством подачи жалобы внутри учреждения, апелляции или надлежащего судебного разбирательства?

- ДА             НЕТ

Если вы ответили «да», то опишите заявления в вашей жалобе или слушании, укажите дату подачи и сообщите нам о статусе процедуры. По возможности предоставьте нам копию вашей жалобы, апелляции или заявления о рассмотрении дела и решение по данному вопросу в случае завершения процедуры рассмотрения.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Если заявления, содержащиеся в этой жалобе, были поданы в любой другой федеральный, государственный или местный орган по гражданским правам или любой федеральный суд или суд штата, укажите детали и даты. Мы определим, целесообразно ли проводить рассмотрение вашей жалобы на основе конкретных заявлений вашей жалобы и действий, принятых другим органом или судом.

Орган или суд: \_\_\_\_\_

Дата подачи: \_\_\_\_\_

Номер дела или цитирование: \_\_\_\_\_

Результаты рассмотрения/решения органа или суда:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Если мы не сможем связаться с вами дома или на работе, мы хотели бы знать имя и номер телефона другого человека (родственника или друга), который знает, где и когда можно с вами связаться. Эта информация **не требуется в обязательном порядке**, но может быть нам полезна.

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Отчество: \_\_\_\_\_

Дом. тел.: \_\_\_\_\_ Рабочий тел.: \_\_\_\_\_

11. Что, по вашему мнению, должно сделать данное учебное заведение в результате вашей жалобы? Принятия каких мер в связи с вашей жалобой вы добиваетесь?

---

---

---

---

12. Мы не сможем принять вашу жалобу без подписи. Поставьте подпись и укажите дату.

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Подпись лица, указанного в п.2)

Отправьте заполненную и подписанную Форму жалобы на дискриминацию, подписанную форму согласия и копии любых письменных материалов или других документов, которые могут помочь понять вашу жалобу в отделе правоприменения Управлению по гражданским правам в соответствующем штате, где находится учреждение или орган, упомянутый в вашей жалобе. Вы можете разместить почтовый адрес для соответствующего отдела правоприменения на веб-сайте Управления по гражданским правам по адресу <http://wdcrobcolp01.ed.gov/CFAPPS/OCR/contactus.cfm>.