



Форма жалобы/апелляции на дискриминацию

При предоставлении населению услуг и доступа к своим объектам Служба охраны рыбных ресурсов и дикой природы штата Washington (WDFW) берет на себя обязательство соблюдать все применимые законы, нормативные акты и указы на уровне государства и штата, касающиеся гражданских прав. Если вы считаете, что сотрудник WDFW дискриминировал вас при предоставлении доступа к общественным объектам, программам, мероприятиям или услугам WDFW, необходимо передать эти сведения в WDFW. Заполните эту форму и отправьте по адресу:

Title VI Compliance Coordinator
Washington Department of Fish and Wildlife
PO Box 43139
Olympia, WA 98504

Номер телефона: 833-885-1012 Электронная почта: Title6@dfw.wa.gov

Контактная информация для связи		Номер отслеживания (только для WDFW)
Имя	(телефонный код) Дневной телефон	Электронная почта
Домашний адрес (адрес, город, штат, индекс)		

Информация об инциденте

Дата инцидента (мм/дд/гггг)	Приблизительное время инцидента <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Место инцидента
Основание/тип жалобы (выбрать все, что применимо)		Подавали ли вы жалобу в другое учреждение по поводу этого инцидента? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Если «да», то в какое учреждение?
<input type="checkbox"/> раса/цвет кожи	<input type="checkbox"/> пол	
<input type="checkbox"/> ограничение дееспособности	<input type="checkbox"/> возраст	
<input type="checkbox"/> низкий доход	<input type="checkbox"/> национальное происхождение/ограниченное владением английским языком	
<input type="checkbox"/> другое (указать) _____		
Описание инцидента (поясните, что произошло)		
Предоставьте и опишите любые подтверждающие документы касательно инцидента, и приложите к форме		

Вовлеченные лица, если применимо — укажите имя, должность или номер телефона, если известно

Имя человека, который, по вашему мнению, подверг вас дискриминации	Должность	(код) номер телефона
Имя человека, который, по вашему мнению, подверг вас дискриминации	Должность	(код) номер телефона
Имя человека, который, по вашему мнению, подверг вас дискриминации	Должность	(код) номер телефона
Имя свидетеля инцидента		(код) номер телефона
Имя свидетеля инцидента		(код) номер телефона
Имя свидетеля инцидента		(код) номер телефона

X

Подпись

Дата