Натисніть тут, щоб розпочати або очистити. Потім натисніть клавішу Tab.

Форма скарги/апеляції на дискримінацію

Під час надання населенню послуг і доступу до своїх об'єктів Служба охорони рибних ресурсів та дикої природи штату Washington (WDFW) бере на себе зобов'язання дотримуватися всіх діючих законів, нормативних актів та указів на рівні держави і штату, що стосуються цивільних прав. Якщо ви вважаєте, що співробітник WDFW застосував дискримінацію проти вас під час надання доступу до громадських об'єктів, програм, заходів або послуг WDFW, необхідно передати ці відомості в WDFW. Заповніть цю форму та надішліть на адресу:

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

Номер телефону: 833-885-1012 **Електронна пошта:** Title6@dfw.wa.gov

Номер відстеження (тільки для WDFW)

Контактна інформація для зв'язку

Ім'я	(телефонний код) Денний телефон	Електронна пошта
Домашня адреса *(адреса, місто, штат, індекс)*		

Інформація про інцидент

Дата інциденту *(мм/дд/рррр)*	Приблизний час інциденту ☐ a.m. ☐ p.m.	Місце інциденту

Підстава/тип скарги *(вибрати усе, що стосується)*

- ☐ раса/колір шкіри
- ☐ обмеження дієздатності
- ☐ низький дохід
- ☐ стать
- ☐ вік
- ☐ національне походження/обмежене володіння англійською мовою
- ☐ інше (вказати) ____________________

Чи подавали ви скаргу до іншої установи з приводу цього інциденту?
☐ так ☐ ні
Якщо «так», то до якої установи?
____

Опис інциденту *(поясніть, що сталося)*

Надайте та опишіть будь-які підтверджувальні документи щодо інциденту, та додайте їх до форми

Залучені особи, якщо стосується — вкажіть ім'я, посаду або номер телефону, якщо відомо

Ім'я	Посада	(код) номер телефону
Ім'я людини, яка, на вашу думку, застосувала дискримінацію проти вас	Посада	(код) номер телефону
Ім'я людини, яка, на вашу думку, застосувала дискримінацію проти вас	Посада	(код) номер телефону
Ім'я людини, яка, на вашу думку, застосувала дискримінацію проти вас	Посада	(код) номер телефону
Ім'я свідка інциденту		(код) номер телефону
Ім'я свідка інциденту		(код) номер телефону
Ім'я свідка інциденту		(код) номер телефону

X **Роздрукуйте заповнену форму й підпишіть тут**

Підпис Дата