

WNIOSEK O ZASTOSOWANIE SIĘ DO DECYZJI

Nr bezstronnego posiedzenia	_____	Agencja	_____
Data posiedzenia	_____	Numer sprawy	_____
Data decyzji	_____	Pełnomocnik	_____
Imię i nazwisko	_____	Adres	_____
Adres	_____	Miejscowość / Stan / Kod pocztowy	_____
Miejscowość / Stan / Kod pocztowy	_____	Numer telefonu	_____
Numer telefonu	_____		

Jeśli uważasz, że lokalna agencja świadcząca usługi społeczne nie stosuje się do decyzji podjętej po przeprowadzeniu sprawiedliwego i bezstronnego posiedzenia, podaj powód i odeślij cały formularz na poniższy adres:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Compliance Unit
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930
Telefon: (800) 342-3334
Faks: (518) 473-6735

Prosimy o szczegółowe opisanie, jakie działania nie zostały podjęte lub jakie świadczenie nie zostało zapewnione – w miarę możliwości proszę podać kwoty w dolarach i daty.

Uważam, że lokalna agencja świadcząca usługi społeczne nie stosuje się do decyzji w mojej sprawie, ponieważ:

Jeśli sprawa dotyczy programu SNAP, wszelkie wątpliwości co do trafności podjętych decyzji w związku z wymienionymi cechami chronionymi powinny być rozstrzygane według poniższych zasad.

Zgodnie z federalnymi przepisami dotyczącymi praw obywatelskich oraz regulacjami i zasadami Departamentu Rolnictwa USA (U.S. Department of Agriculture, USDA) dotyczącymi praw obywatelskich, USDA, jego agencje, biura i pracownicy oraz instytucje uczestniczące w programach USDA bądź administrujące programami USDA mają zakaz stosowania dyskryminacji z powodu przynależności rasowej, koloru skóry, narodowości, przekonań religijnych, płci, tożsamości płciowej (w tym ekspresji płciowej), orientacji seksualnej, niepełnosprawności, wieku, stanu cywilnego, statusu rodzinnego/rodzicielskiego, dochodu uzyskanego z programu pomocy publicznej, poglądów politycznych, a także działań odwetowych lub zemsty z powodu wcześniejszej aktywności na rzecz obrony praw obywatelskich w ramach dowolnego programu lub zajęć prowadzonych bądź finansowanych przez USDA (nie wszystkie podstawy mają zastosowanie do każdego programu). (Ciąg dalszy na następnej stronie)

Środki ochrony prawnej i terminy składania skarg różnią się w zależności od programu lub zdarzenia.

Osoby niepełnosprawne, które wymagają alternatywnych środków komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (np. alfabet Braille'a, duży druk, taśma audio, amerykański język migowy itp.), powinny skontaktować się z właściwą agencją lub Centrum TARGET USDA pod numerem (202) 720-2600 (głosowo i TTY) lub skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federalnego Działu ds. Przekazywania Informacji pod numerem (800) 877-8339. Dodatkowo informacje o programie mogą być udostępniane w językach innych niż angielski.

Aby złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji w ramach programu, należy wypełnić formularz USDA Program Discrimination Complaint Form (Formularz skargi dotyczącej dyskryminacji w ramach programu USDA) AD-3027, dostępny w Internecie w zakładce How to File a Program Discrimination Complaint (Jak złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji w ramach programu) oraz w dowolnym biurze USDA lub wysłać do USDA odpowiednie pismo i podać w nim wszystkie informacje wymagane w formularzu. Aby poprosić o kopię formularza zażalenia, zadzwoń pod numer (866) 632-9992. Wypełniony formularz lub pismo należy przesłać do USDA: (1) pocztą na adres: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) faksem: (202) 690-7442 lub (3) e-mailem: program.intake@usda.gov.

USDA jest dostawcą, pracodawcą i pożyczkodawcą oferującym równe szanse.

Poniżej proszę podać kontaktowy numer telefonu:

Podpis

Numer telefonu

Data