

ОФИС ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ПО ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ И ПО ПОМОЩИ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ  
ОЛБАНИ, ШТАТ НЬЮ-ЙОРК

**ЗАЯВКА НА СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ**

№ слушания	_____	Ведомство	_____
Дата слушания	_____	№ дела	_____
Дата решения	_____		
Имя и фамилия	_____	Представитель	_____
Адрес	_____	Адрес	_____
Город/штат/почтовый индекс	_____	Город/штат/почтовый индекс	_____
Телефон	_____	Телефон	_____

Если вы считаете, что местный отдел социальных служб не выполнил предписания по решению беспристрастного слушания, укажите причину ниже и верните весь этот бланк по адресу:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Compliance Unit  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201-1930

Телефон: (800) 342-3334  
Факс: (518) 473-6735

Пожалуйста, предоставьте как можно больше подробностей при рассказе о том, какие действия не были выполнены либо какие льготы не были предоставлены, и, по возможности, укажите суммы в долларах и даты.

Я считаю, что местный отдел социальных служб не выполнил предписания по решению по причинам, указанным ниже:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Если ваш вопрос касается программы SNAP, то, чтобы разрешить любое ваше беспокойство по поводу того, что решения, возможно, были приняты ненадлежащим образом, на основании перечисленных защищаемых оснований применяется следующая политика.

В соответствии с федеральным Законом о гражданских правах, положениями и правилами о гражданских правах министерства сельского хозяйства США (USDA), его ведомствам, офисам, учреждениям и сотрудникам, участвующим или управляющим программами USDA, запрещается проявлять дискриминацию на основании расовой принадлежности, цвета кожи, страны происхождения, религиозных убеждений, пола, гендерной идентичности (включая гендерное

самовыражение), сексуальной ориентации, наличия нетрудоспособности, возраста, брачного положения, семейного/родительского статуса, доходов, полученных в рамках программ общественной помощи, политических убеждений, либо производить ответные действия и пользоваться мерами воздействия за любую предыдущую деятельность, связанную с гражданскими правами в любой программе или действии, организованном или финансируемом USDA (не все основания применимы ко всем программам). (продолжение на след. странице)

Методы защиты и сроки подачи жалоб зависят от программы или инцидента.

Лицам, имеющим нетрудоспособность, которым необходима помощь в общении для получения информации о программах (язык Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, сурдоперевод, итд.) рекомендуется обратиться за таковой в соответствующее ведомство или центр Министерства сельского хозяйства (TARGET Center) по телефону (202) 720-2600 (голосовая связи и ТТУ), либо связаться с министерством (USDA) через Федеральную службу коммутируемых сообщений (Federal Relay Service) по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программах может быть доступна на других языках, кроме английского.

Для того, чтобы подать жалобу о том, что вы стали объектом дискриминации, вам следует заполнить соответствующий бланк (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027), который можно найти по запросу «Как подать жалобу на проявление дискриминации при участии в программе» (How to File a Program Discrimination Complaint) или получить в любом отделе министерства сельского хозяйства США (USDA). Вы можете также написать письмо в USDA и изложить в этом письме всю информацию, требуемую в бланке. Чтобы получить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправить заполненный бланк или ваше письмо в USDA: (1) по почте: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) по факсу: (202) 690-7442; или (3) по эл. почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

USDA является поставщиком, работодателем и кредитором равных возможностей.

Обязательно ниже укажите ваш номер телефона, по которому вас можно застать.

---

Подпись

---

Номер телефона

---

Дата