

## ЖАЛОБА ПО ПОВОДУ ДИСКРИМИНАЦИИ

ИМЯ	ВИД ПОМОЩИ
АДРЕС	НОМЕР ДЕЛА
	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (      ) КОД ГОРОДА

Я считаю, что я был дискриминирован на основе:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> РАСЫ  | <input type="checkbox"/> НАЦИОНАЛЬНОСТИ            | <input type="checkbox"/> РЕЛИГИИ   | <input type="checkbox"/> СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ                   |
| <input type="checkbox"/> ПОЛА<br><small>(Укажите половую принадлежность)</small> | <input type="checkbox"/> ЦВЕТА КОЖИ                | <input type="checkbox"/> ИНВАЛИДНОСТИ<br><small>(Включая статус HIV)</small> | <input type="checkbox"/> ВОЗРАСТА                              |
| <input type="checkbox"/> ПОЛИТИЧЕСКОЙ<br>ПРИВЕРЖЕННОСТИ                          | <input type="checkbox"/> СЕМЕЙНОГО<br>СОЖИТЕЛЬСТВА | <input type="checkbox"/> СЕКСУАЛЬНОЙ<br>ОРИЕНТАЦИИ                           | <input type="checkbox"/> ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К<br>ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ |

ФАМИЛИЯ ЛИЦА, КОТОРОЕ ДИСКРИМИНИРОВАЛО	ДОЛЖНОСТЬ	ДАТА ПРОИСШЕСТВИЯ	МЕСТО ПРОИСШЕСТВИЯ И АГЕНТСТВО

Опишите своими словами, что произошло, почему вы считаете, что вы были дискриминированы

---



---



---



---

Укажите, какое решение Вас удовлетворит

---



---



---



---

По моему убеждению и насколько мне известно, вышеуказанная информация правдива и передана полностью.