

**ZAŻALENIE DOT. DYSKRYMINACJI/  
GRANTY FEDERALNE**

JD-ES-284 Rev. 12-18

STAN CONNECTICUT  
**ODDZIAŁ SĄDOWY**  
www.jud.ct.gov

**POWIADOMIENIE ADA**

Oddział Sądowy Stanu Connecticut działa zgodnie z Ustawą o Niepełnosprawnych (ADA). Jeżeli potrzebujesz racjonalnych udogodnień, w ramach ustawy ADA, skontaktuj się z sekretarzem sądowym lub osobą na liście kontaktów ds. ADA na stronie [www.jud.ct.gov/ADA](http://www.jud.ct.gov/ADA).

**Instrukcje**

Każdy program lub działalność wspierana finansowo przez Departament Sprawiedliwości USA musi być w zgodzie z federalnymi przepisami dotyczącymi praw obywatelskich zabraniających dyskryminacji. Zażalenia dotyczące naruszenia praw obywatelskich można zgłosić za pomocą niniejszego formularza, skierowanego do Dyrektora Wydziału Kadr (Director, Human Resource Management Unit, 90 Washington Street, Hartford, Connecticut 06106), (860)706-5280 lub drogą e-mailową do [Human.Resources@jud.ct.gov](mailto:Human.Resources@jud.ct.gov). W razie potrzeby dołącz dodatkowe dokumenty.

Imię i Nazwisko osoby wnoszącej zażalenie	Adres e-mailowy	Numer telefonu
---	-----------------	----------------

Adres korespondencyjny (Numer i ulica lub skrzynka pocztowa (P.O. Box); miejscowość, stan; kod pocztowy)

Nazwa, Adres i Numer Telefonu Podbeneficjenta (Podbeneficjent to program lub agencja otrzymująca fundusze od Oddziału Sądowego Connecticut).

Czy Twoje zażalenie dotyczy (zaznacz jedno pole znakiem „x”):  Zatrudnienia  Usług lub Świadczeń

Czy Twoje zażalenie dotyczy (zaznacz jedno lub więcej pól znakiem „x”):

<input type="checkbox"/> Wiek	<input type="checkbox"/> Rasy/Przynależn. Etnicznej	<input type="checkbox"/> Płci
<input type="checkbox"/> Religii	<input type="checkbox"/> Koloru skóry	<input type="checkbox"/> Tożsamości Płciowej
<input type="checkbox"/> Niepełnosprawności Umysłowej lub Fizycznej	<input type="checkbox"/> Kraju Pochodzenia	<input type="checkbox"/> Orientacji Seksualnej

Opisz rzekomy przypadek dyskryminacji (łącznie z datami, miejscami, imionami świadków i ich informacjami kontaktowymi - w razie konieczności, załącz dodatkowe kartki).

Podpis wnioskodawcy (Osoby wnoszącej zażalenie) ▶	Data
---	------

-----  
Nie wpisuj nic poniżej tej linii.

Zażalenie jest oddalone.

Zaproponowano następujące rozwiązanie, i sprawa jest zakończona: \_\_\_\_\_

Zaproponowano wyżej wymienione rozwiązanie, lecz sprawa nie jest zakończona.

Wnioskodawcę poinformowano o dostępnych agencjach federalnych oraz stanowych, które są do dyspozycji, jeżeli wnioskodawca chce prowadzić sprawę dalej.

Dodatkowe uwagi: \_\_\_\_\_

Od: (Dyrektor Wydziału Kadr Oddziału Sądowego lub wyznaczona przez niego(-ą) osoba)	Data
---	------