|  |  |
| --- | --- |
| **Имя** |  |
| **Адрес** |  |
| **Телефон** |  |
| **Адрес эл. почты** |  |

Являясь истцом, я понимаю, что я защищен(-а) положениями Раздела VI Закона о гражданских правах 1964 года с поправками (Раздел VI), Закона об американцах с ограниченными возможностями 1990 года (ADA), а также всеми прочими применимыми законами и постановлениями, запрещающими запугивание или преследование за совершение действий или участие в действиях по обеспечению прав, предусмотренных политикой недискриминации, применяемой компанией NYC Ferry. Кроме того, я понимаю, что в ходе расследований, проводимых в рамках Раздела VI или ADA, от компании NYC Ferry, эксплуатируемой Hornblower и/или Корпорацией экономического развития Нью-Йорка (NYCEDC), может потребоваться передача моих личных или иных данных, собранных в рамках расследования жалоб, различным органам или частным лицам.

# Согласие на разглашение персональной информации

ДА, КОМПАНИЯ NYC FERRY, ЭКСПЛУАТИРУЕМАЯ HORNBLOWER И NYCEDC, МОЖЕТ РАСКРЫТЬ МОЮ ЛИЧНОСТЬ, ЕСЛИ ЭТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАССЛЕДОВАНИЯ ПО МОЕЙ ЖАЛОБЕ.

Я прочитал(-а) и понял(-а) приведенную выше информацию и разрешаю компании NYC Ferry, эксплуатируемой Hornblower и NYCEDC, раскрывать мою личность, если это будет необходимо в ходе расследования с целью проверки информации или сбора фактов и доказательств, имеющих отношение к расследованию моей жалобы. Я разрешаю компании NYC Ferry, эксплуатируемой Hornblower и NYCEDC, получать, просматривать и обсуждать материалы и данные обо мне, имеющие отношение к расследованию моей жалобы.

Я понимаю, что для этого от меня не потребуется разрешения и добровольного согласия.

Подпись Дата

НЕТ, КОМПАНИЯ NYC FERRY, ЭКСПЛУАТИРУЕМАЯ HORNBLOWER И NYCEDC, НЕ МОЖЕТ РАСКРЫВАТЬ МОЮ ЛИЧНОСТЬ, ДАЖЕ ЕСЛИ ЭТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ОБРАБОТКИ МОЕЙ ЖАЛОБЫ.

Я прочитал(-а) и понял(-а) приведенную выше информацию и не хочу, чтобы компания NYC Ferry, эксплуатируемая Hornblower или NYCEDC, раскрывала кому-либо мою личность в ходе расследования. Я понимаю, что этот выбор может замедлить ход расследования моей жалобы, а некоторых обстоятельствах — привести к административному закрытию расследования моей жалобы в NYC Ferry.

Подпись Дата

Компания NYC Ferry обязуется предоставлять свободные от дискриминации услуги и гарантировать, что ни одно лицо не будет лишено возможности получения или подвергнуто дискриминации при получении ее услуг или преимуществ на основании физических ограничений (эта защита предусмотрена Законом об американцах с ограниченными возможностями 1990 года (ADA)) или по любой другой причине, учтенной в федеральном или муниципальном законодательстве либо в законодательстве штата. Если Вы считаете, что подверглись дискриминации, просим Вас заполнить, подписать и датировать данную Форму подачи жалобы ADA и Форму согласия/разрешения и отправить оба этих документа по указанному ниже адресу обычной или электронной почты. Если Вам или Вашим знакомым требуется помощь в заполнении этой формы или Вы хотите получить дополнительную информацию о политике недискриминации NYC Ferry, обратитесь в Контактный центр NYC Ferry по телефону (844) 469-3377 или по адресу help@ferry.nyc.

После заполнения отправьте подписанный и датированный экземпляр данной Формы подачи жалобы ADA вместе с Формой согласия/разрешения:

|  |  |
| --- | --- |
| **Обычной почтой:**  **NYC Ferry**  **Attn: Hornblower, 5th Floor**  **110 Wall Street**  **New York, NY 10005** | **Электронной почтой:**  [**help@ferry.nyc**](mailto:help@ferry.nyc) |

Чтобы мы могли защитить Ваши права, Ваша жалоба должна быть подана в течение 180 дней после даты предполагаемой дискриминации. Жалоба, поданная по истечении 180-дневного периода, может быть отклонена.

В дополнение к Вашему праву на подачу жалобы в NYC Ferry Вы имеете право на подачу жалобы ADA в Управление по гражданским правам Федеральной администрации по пассажирским перевозкам: Federal Transit Administration, Office of Civil Rights, Attention: Complaint Team, East Building, 5th Floor – TCR, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington, DC 20590.

**РАЗДЕЛ 1:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Имя:** |  |
| **Адрес:** |  |
| **Телефон:** |  |
| **Адрес эл. почты:** |  |
| **Требования к доступности формата?** | Крупный шрифт  Секретарь/ Запись  TDD  ☐ Переводчик (укажите язык): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Другое (уточните): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**РАЗДЕЛ 2:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вы подаете жалобу от своего имени?** | ☐ Да\*☐ Нет |
|  | **\* Если Вы ответили «да» на этот вопрос, перейдите к Разделу 3.** |
|  | **Если Вы ответили «нет» на этот вопрос:**  **Укажите имя и степень родства с лицом, от имени которого Вы подаете жалобу:**  Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Степень родства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Пожалуйста, объясните, почему Вы подаете жалобу от имени третьего лица:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Если Вы подаете жалобу от имени третьего лица, подтвердите, что Вы получили разрешение потерпевшей стороны.**  ☐ Да ☐ Нет |

**РАЗДЕЛ 3:**

|  |
| --- |
| **Опишите инцидент, предположительно связанный с дискриминацией. Дайте как можно более точное описание того, что произошло и почему Вы считаете, что подверглись дискриминации. Опишите всех участников инцидента. Укажите имена и контактную информацию лиц, которые подвергли Вас дискриминации (если они Вам известны), а также имена и контактную информацию всех свидетелей. Если Вам нужно больше места, используйте обратную сторону этой формы.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Дата инцидента, предположительно связанного с дискриминацией (месяц, день, год):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Место инцидента, предположительно связанного с дискриминацией:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**РАЗДЕЛ 4:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Подавали ли Вы ранее жалобу ADA в NYC Ferry?** | ☐ Да | ☐ Нет |

**РАЗДЕЛ 5:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Подавали ли Вы эту жалобу в какое-либо другое учреждение федерального или регионального уровня либо уровня штата, либо в какой-либо федеральный суд или суд штата?**  ☐ Да\*☐ Нет  **\* Если да, отметьте все подходящие варианты:**  ☐ Учреждение федерального уровня: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Федеральный суд: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Учреждение уровня штата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Государственный суд: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Учреждение регионального уровня: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Пожалуйста, укажите контактную информацию сотрудника учреждения/суда, в которые была подана жалоба.**  Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Учреждение / суд: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

***Вы можете приложить любые письменные материалы или другие сведения, которые считаете важными для своей жалобы.***

|  |
| --- |
| **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ:**  Я подтверждаю, что информация, указанная мной в данной Форме подачи жалобы ADA, насколько мне известно, является правильной и соответствующей действительности.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись заявителя, дата |