

## Департамент коммунального хозяйства штата Массачусетс Форма жалобы на нарушение гражданских прав и дискриминацию

Политика Департамента коммунального хозяйства штата Массачусетс (DPU) категорически запрещает отказ в льготах, дискриминацию, устрашение или репрессивные меры в рамках любой программы, услуги или мероприятия DPU по признаку пола, расы, цвета кожи, религии, вероисповедания, национальности (включая ограниченное владение английским языком), гендерной идентичности, дохода, класса, нарушений здоровья, возраста, сексуальной ориентации, этнической принадлежности, генетической информации, происхождения или статуса ветерана. Кроме того, DPU требует от своих подрядчиков соблюдения этой политики.

При реализации своих программ и осуществлении деятельности DPU не допускает дискриминации по признаку пола, расы, цвета кожи, религии, вероисповедания, национальности (включая ограниченное владение английским языком), гендерной идентичности, дохода, класса, нарушений здоровья, возраста, сексуальной ориентации, этнической принадлежности, генетической информации, происхождения или статуса ветерана. DPU не применяет меры устрашения или репрессивные меры в отношении каких бы то ни было лиц за то, что они осуществляют свои права на участие в действиях, защищенных соответствующим федеральным законодательством и законодательством штата о гражданских правах и недопущении дискриминации, выступают против действий, запрещенных соответствующим федеральным законодательством и законодательством штата о гражданских правах и недопущении дискриминации, или с целью препятствовать осуществлению таких прав. DPU отвечает за координацию усилий по обеспечению соответствия и получение запросов, касающихся требований о недопущении дискриминации, установленных федеральным законодательством или законодательством штата, включая Раздел VI Закона о гражданских правах 1964 года с поправками, Раздел 504 Закона о реабилитации 1973 года и Закон о дискриминации по возрасту 1975 года.

Каждый, у кого есть основания полагать, что он или любой определенный класс лиц подверглись дискриминации или что к ним были применены меры устрашения или репрессивные меры, что запрещено федеральным законодательством или законодательством штата о недопущении дискриминации, со стороны DPU при реализации каких-либо программ или осуществлении деятельности, или же со стороны работника или подрядчика DPU, имеет право подать жалобу в DPU, используя настоящую форму (см. Разделы II и III ниже).

Жалоба должна быть подана в течение 180 календарных дней с даты (дат) совершения предполагаемого дискриминационного действия или даты обнаружения или последнего случая предполагаемого продолжающегося действия. Если предполагаемая

дискриминация связана с рядом продолжающихся действий, пожалуйста, укажите, когда началась предполагаемая дискриминация и как она продолжалась, включая самый последний по времени акт предполагаемой дискриминации. Процедура рассмотрения жалоб DPU не препятствует заявителю подавать официальные жалобы в другие государственные или федеральные органы или обращаться к частному адвокату по жалобам на дискриминацию.

<b>Раздел I. Контактные данные</b>		
Имя и фамилия:	Телефон:	Телефон (рабочий):
Адрес:	Город, штат, почтовый индекс:	
Нужны ли вам документы, связанные с рассмотрением этой жалобы, в доступном формате? Крупный шрифт _____ Аудиолента _____ Текстофон (TDD) _____ Прочее _____ Если да, обращайтесь к координатору DPU по вопросам недопущения дискриминации Andrea Rivera Casul по телефону (857) 274-6194 или электронной почте <a href="mailto:andrea.r.casul@mass.gov">andrea.r.casul@mass.gov</a> . TTY# (Телетайп диспетчерской службы для лиц с нарушениями слуха в Массачусетсе) 1-800-439-2370		
<b>Раздел II. Жалоба на дискриминацию</b>		
Дата предполагаемого дискриминационного действия, дата, когда заявителю стало известно о предполагаемом дискриминационном действии, или дата последнего действия в ряду предполагаемых дискриминационных действий:		
Имя и фамилия (имена и фамилии), адрес(а) и должность(и) предполагаемых дискриминирующих должностных лиц или организаций:		
Место инцидента в DPU, если применимо:		

Имя и фамилия, адрес и номер телефона вашего адвоката или уполномоченного представителя, если применимо:																		
Имя и фамилия (имена и фамилии), адрес(а) и номер(а) телефона лица или лиц, подвергшихся дискриминации (если оно/они не является/являются заявителем), а также пояснение отношений заявителя с этим лицом (лицами):																		
<b>Пожалуйста, укажите основание (основания), на котором, по вашему мнению, имела место предполагаемая дискриминация.</b>																		
<b>Категории, защищенные федеральным законодательством о гражданских правах:</b>																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Раса</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Цвет кожи</td> <td style="width: 34%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Национальность (включая ограниченное владение английским языком)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Нарушения здоровья</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Пол</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Возраст</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Меры устрашения и (или) репрессивные меры</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Раса	<input type="checkbox"/> Цвет кожи	<input type="checkbox"/> Национальность (включая ограниченное владение английским языком)	<input type="checkbox"/> Нарушения здоровья	<input type="checkbox"/> Пол	<input type="checkbox"/> Возраст			<input type="checkbox"/> Меры устрашения и (или) репрессивные меры									
<input type="checkbox"/> Раса	<input type="checkbox"/> Цвет кожи	<input type="checkbox"/> Национальность (включая ограниченное владение английским языком)																
<input type="checkbox"/> Нарушения здоровья	<input type="checkbox"/> Пол	<input type="checkbox"/> Возраст																
		<input type="checkbox"/> Меры устрашения и (или) репрессивные меры																
<b>Категории, защищенные законодательством/приказами штата:</b>																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Нарушения здоровья</td> <td style="width: 16.6%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Вероисповедание</td> <td style="width: 16.6%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Пол</td> <td style="width: 16.6%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Сексуальная ориентация</td> <td style="width: 16.6%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Религия</td> <td style="width: 16.6%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Происхождение</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Гендер</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Этническая принадлежность</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Возраст</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Гендерная идентичность</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Гендерное самовыражение</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Статус ветерана</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Биографические данные</td> <td colspan="5" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Прочее (укажите)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Нарушения здоровья	<input type="checkbox"/> Вероисповедание	<input type="checkbox"/> Пол	<input type="checkbox"/> Сексуальная ориентация	<input type="checkbox"/> Религия	<input type="checkbox"/> Происхождение	<input type="checkbox"/> Гендер	<input type="checkbox"/> Этническая принадлежность	<input type="checkbox"/> Возраст	<input type="checkbox"/> Гендерная идентичность	<input type="checkbox"/> Гендерное самовыражение	<input type="checkbox"/> Статус ветерана	<input type="checkbox"/> Биографические данные	<input type="checkbox"/> Прочее (укажите)				
<input type="checkbox"/> Нарушения здоровья	<input type="checkbox"/> Вероисповедание	<input type="checkbox"/> Пол	<input type="checkbox"/> Сексуальная ориентация	<input type="checkbox"/> Религия	<input type="checkbox"/> Происхождение													
<input type="checkbox"/> Гендер	<input type="checkbox"/> Этническая принадлежность	<input type="checkbox"/> Возраст	<input type="checkbox"/> Гендерная идентичность	<input type="checkbox"/> Гендерное самовыражение	<input type="checkbox"/> Статус ветерана													
<input type="checkbox"/> Биографические данные	<input type="checkbox"/> Прочее (укажите)																	
<b>Максимально кратко и четко объясните, что произошло и как, по вашему мнению, вы подверглись дискриминации. Укажите, кто в этом участвовал. Укажите, как с другими представителями общественности обращались иначе, чем с вами. Также приложите все письменные материалы, относящиеся к вашей жалобе, включая контактные данные всех свидетелей действия (действий), послужившего основанием для жалобы. Если необходимо больше места, используйте дополнительные листы.</b>																		

**Раздел III. Подали ли вы жалобу в любой другой федеральный, местный орган или суд, орган или суд штата?**

Да

Нет

**При ответе «да» на вопрос выше укажите наименование органа (органов), куда была подана жалоба, и контактные данные сотрудника такого органа/суда. При необходимости можно приложить дополнительные листы с более подробной информацией.**

**Наименование органа (органов):**

**Контактное лицо:**

Адрес:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Телефон:

---

**Внимание:** подать жалобу по Разделу VI можно в федеральный орган, в Отдел по вопросам экологической справедливости Исполнительного управления по вопросам энергетики и окружающей среды / Департамента коммунального хозяйства (EEA/DPU), или в оба ведомства. Адрес для подачи жалоб в Отдел по вопросам экологической справедливости EEA/DPU указан на последней странице формы.

**Обращаем ваше внимание:** жалобы *только* по категориям, защищенным законодательством штата, подаются только в DPU.

### Раздел V. Подпись:

Пожалуйста, подставьте подпись ниже. К жалобе можно приложить любые письменные материалы или иные сведения, которые, по вашему мнению, имеют к ней отношение.

Подписано под страхом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений \_\_\_\_ (дата)  
\_\_\_\_ (месяц) 20\_\_ года.

---

Подпись

**ПРИМЕЧАНИЕ:** DPU не принимает к рассмотрению жалобы без подписи.

**Пожалуйста, отправьте заполненную форму в электронном виде или по почте по адресу:**

**Department of Public Utilities  
One South Station, Third Floor,  
Boston, MA 02110**

**Attn: Andrea Casul, Non-Discrimination Coordinator**

**Электронная почта: [andrea.r.casul@mass.gov](mailto:andrea.r.casul@mass.gov)**