

RADA OKREGU COOK DS.
PRAW CZŁOWIEKA

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY SKŁADAJĄCEJ SKARGĘ			TELEFON
ULICA	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY
E-MAIL OSOBY SKŁADAJĄCEJ SKARGĘ			
IMIĘ I NAZWISKO ODPOWIADAJĄCEGO			TELEFON
ULICA	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY
E-MAIL ODPOWIADAJĄCEGO			
RODZAJ SKARGI			
<input type="checkbox"/> ZATRUDNIENIE		<input type="checkbox"/> ZAKWATEROWANIE	
<input type="checkbox"/> OBIEKTY OKRĘGU, USŁUGI I PROGRAMY		<input type="checkbox"/> ZAKWATEROWANIE PUBLICZNE	
<input type="checkbox"/> KREDYTY/OBLIGACJE			
PODSTAWA DYSKRYMINACJI LUB NĘKANIA			
<input type="checkbox"/> Rasa	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność (Fizyczna lub umysłowa)	<input type="checkbox"/> Status rodzicielski	
<input type="checkbox"/> Kolor skóry	<input type="checkbox"/> Pochodzenie narodowe	<input type="checkbox"/> Status zwolnienia ze służby wojskowej	
<input type="checkbox"/> Płeć	<input type="checkbox"/> Molestowanie seksualne	<input type="checkbox"/> Źródło dochodu	
<input type="checkbox"/> Wiek (powyżej 40)	<input type="checkbox"/> Orientacja seksualna	<input type="checkbox"/> Status mieszkaniowy	
<input type="checkbox"/> Religia	<input type="checkbox"/> Stan cywilny	<input type="checkbox"/> Działania odwetowe	
<input type="checkbox"/> Pochodzenie	<input type="checkbox"/> Tożsamość płciowa	<input type="checkbox"/> Historia karna	
<input type="checkbox"/> Autonomia cielesna	<input type="checkbox"/> Stan ciąży		
DATA DYSKRYMINACJI LUB NĘKANIA			

			Miesiąc Dzień Rok
Jeśli jesteś przedstawicielem (adwokatem lub agentem) wypełniającym ten formularz w imieniu Osoby składającej skargę, podaj swoje imię i nazwisko oraz dane kontaktowe w poniższym polu:			

FOR OFFICIAL USE ONLY

COM. NO. # _____

RP SERVED: _____

RADA OKRĘGU COOK DS.
PRAW CZŁOWIEKA

FAKTY NA POPARCIE SKARGI:

Pod groźbą kary zaświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszej skardze są prawdziwe i dokładne zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem.

Podpis osoby składającej skargę

Data

Podpis przedstawiciela (jeśli dotyczy)

Data