

## FORMULARZ ZAŻALENIA (Polish)

**Obywatele mają prawo składać zażalenia bez obaw o odwet lub utratę świadczeń.**

**Instrukcje:** Należy wypełnić **Część I** i przesać niniejszy formularz wraz z materiałami uzasadniającymi zażalenie do dyrektora programu/placówki lub kierownika sprawy. Jeśli osoba wypełniająca formularz, ma obiekcje dotyczące przesyłania niniejszego formularza do dyrektora lub kierownika sprawy, należy przesać go do Department of Social Services (DSS) Office of the Ombudsman (Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Wydziału Usług Społecznych), 109 East 16th Street, 8th Floor, New York, NY 10003.

Dyrektor lub pracownik Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, który otrzyma wypełniony formularz, musi wypełnić **Część II** i odesłać go do obywatela w ciągu siedmiu (7) dni roboczych.

### **Część I** (wypełnia obywatel):

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres/placówka/program: \_\_\_\_\_

Numer ubezpieczenia społecznego / numer sprawy: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Opis zażalenia (w razie potrzeby należy dołączyć dodatkowe arkusze i dokumentację uzasadniającą):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

