Department of Homeless Services
Department of Social Services

ФОРМА ЖАЛОБЫ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

(Russian)

Представители имеют право подать жалобу, не опасаясь преследования или лишения прав.

Инструкции. Представитель заполняет **раздел I** и подает форму вместе с подтверждающими материалами директору программы или учреждения либо своему куратору. Если содержание формы касается самого директора или куратора дела, ее необходимо отправить по адресу: Department of Social Services (DSS) Office of the Ombudsman, 109 East 16th Street, 8th Floor, New York, NY 10003.

Получивший заполненную форму работник директора или омбудсмена заполняет **раздел II** и возвращает ее Представителю в течение 7 (семи) рабочих дней.

Раздел I (заполняется Представителем):

Имя и фамилия: _____

Адрес / учреждение / программа: _____

Номер социального обеспечения или номер дела: _____ Телефон: _____

Подпись: _____ Дата: _____

Опишите жалобу (если необходимо, используйте дополнительные листы и приложите подтверждающие документы).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(См. на обороте)

<u>Раздел II</u> (заполняется персоналом директора или омбудсмена в течение 7 [семи] дней):

Имя и фамилия / должность: _____

Учреждение / программа: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Дата получения жалобы: _____

Подпись: _____ Дата: _____

Письменное пояснение ответа (если необходимо, используйте дополнительные листы и приложите подтверждающие документы).