

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



## Форма подачи жалобы и разрешения ADA

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 адресу [help@ferry.nyc](mailto:help@ferry.nyc).

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

<b>Обычной почтой:</b>  <b>NYC Ferry Operated by Hornblower</b> Attn: 63 Flushing Ave, Building 5, suite 101, Brooklyn, NY 11205	<b>Электронной почтой:</b>  <a href="mailto:help@ferry.nyc">help@ferry.nyc</a>
--	--

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, 5<sup>th</sup> Floor – TCR, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington, DC 20590.

### РАЗДЕЛ 1:

<b>Имя:</b>	
<b>Адрес:</b>	

<b>Телефон:</b>	
<b>Адрес эл. почты:</b>	
<b>Требования к доступности формата?</b>	<input type="checkbox"/> Крупный шрифт <input type="checkbox"/> Секретарь/ Запись <input type="checkbox"/> TDD <input type="checkbox"/> Переводчик (укажите язык): _____ <input type="checkbox"/> Другое (уточните): _____

**РАЗДЕЛ 2:**

<b>Вы подаете жалобу от своего имени?</b>	<input type="checkbox"/> Да* <input type="checkbox"/> Нет
	<p><b>* Если Вы ответили «да» на этот вопрос, перейдите к Разделу 3.</b></p>
	<p><b>Если Вы ответили «нет» на этот вопрос:</b></p> <p><b>Укажите имя и степень родства с лицом, от имени которого Вы подаете жалобу:</b></p> <p>Имя: _____</p> <p>Степень родства: _____</p> <p><b>Пожалуйста, объясните, почему Вы подаете жалобу от имени третьего лица:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Если Вы подаете жалобу от имени третьего лица, подтвердите, что Вы получили разрешение потерпевшей стороны.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>

--	--

**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.



## Форма подачи жалобы и разрешения ADA

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя, дата