

Sample for Reference Purposes Only. Forms have bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English. **Образец приведён только для ознакомления. Для вашего удобства бланки исполнены на двух языках, но заполнять их для подачи в суд следует на английском языке.**



**State of Maryland Judiciary  
Americans with Disabilities Act  
Grievance Form**  
**Судебная система штата Мэриленд  
Закон об американцах-инвалидах  
Бланк жалобы**

Name (Имя и фамилия): .....

Address (Адрес): .....

Phone Number(s) (Номер(а) телефона):

Work (Рабочий) \_\_\_\_\_ Cell (Сотовый) \_\_\_\_\_ Home (Домашний) \_\_\_\_\_

Case Number (Номер дела): .....

Please describe the original ADA Accommodation requested and the reason for the request (Изложите изначальную просьбу о создании особых условий в соответствии с Законом об американцах-инвалидах и причину просьбы):

.....  
.....  
.....

Please describe the alleged discrimination which denied you the provision of services, activities, programs, or benefits with the Maryland Judiciary (Изложите факт вменяемой дискриминации, вследствие которой вы оказались лишены услуг, мероприятий, программ или льгот в судебной системе штата Мэриленд):

.....  
.....  
.....

Please provide the location of the Court/Agency where the above described incident took place and the date of the incident:

(Укажите местонахождение суда или учреждения, в котором описанный выше инцидент имел место, и дату инцидента:)

.....  
.....  
.....

What would you like to see happen? (Какие действия, по вашему мнению, должны быть предприняты?) .....

.....  
.....  
.....

I request that this information be kept confidential to the extent allowed by law.

Я прошу хранить эту информацию в тайне в пределах, разрешенных законом.

This form should be submitted to the Fair Practices Department as soon as possible, but no later than **120 calendar days** after the alleged violation.

Эта форма должна быть представлена в Отдел борьбы с дискриминацией как можно скорее, но не позднее чем через **120 календарных дней** после вменяемого нарушения.

I certify that to the best of my knowledge this information is true and correct.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, эта информация является достоверной и точной.

Type or Print Name

Впечатайте или впишите печатными буквами имя и фамилию

Date

Дата

Signature

Подпись

Fair Practices Department  
(Отдел борьбы с дискриминацией)  
580 Taylor Ave., A-4  
Annapolis, Maryland 21401  
Office (Офис): 410-260-3679

Maryland Relay (Служба связи для лиц с ограниченными возможностями штата Мэриленд): 711

Fax (Факс): 410-260-3505

fairpractices@mdcourts.gov