ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ О ПЕРЕСМОТРЕ ЖАЛОБЫ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (Russian)

Представители имеют право подать жалобу, не опасаясь преследования или лишения места в приюте.

Инструкции: Представитель заполняет **раздел I** и отправляет форму по адресу: Department of Social Services (DSS) Office of the Ombudsman, 109 East 16th Street, 8th Floor, New York, NY 10003. Сотрудники Управления омбудсмена и Департамента по делам бездомных (Department of Homeless Services, DHS) заполняют и подписывают **раздел II**, а копию предоставляют директору. Копия хранится в Управлении омбудсмена при Департаменте социальных служб (Department of Social Services, DSS) и в деле клиента.

Раздел I (заполняется Представителем):

Я ознакомился (-ась) с ответом директора на мою жалобу от _____.

Я, _____, не считаю ответ на мою жалобу удовлетворительным и требую ее пересмотра.

_____ _____
Подпись клиента Дата

_____
Название приюта

Укажите, почему ответ является неудовлетворительным.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(См. на обороте)

<u>Раздел II</u> (заполняется директором Управления омбудсмена или аналогичного подразделения и администратором соответствующей программы)

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).

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____