

**বৈচিত্র্য, সমতা ও অংশগ্রহণমূলক অফিস (OFFICE OF DIVERSITY, EQUITY &  
INCLUSION)**

**WAHC -BUILDING 9-ALBANY, NY 12207**

**প্রতিবন্ধী আমেরিকানদের জন্য আইন বিষয়ক অভিযোগ ফরম (AMERICANS WITH  
DISABILITIES ACT COMPLAINT FORM)**

পরিষেবা, কার্যকলাপ, কর্মসূচি বা সুযোগ-সুবিধা প্রদানে প্রতিবন্ধীতার ভিত্তিতে যেকোনো অভিযোগ দায়ের করতে  
অনুগ্রহপূর্বক এই ফরমটি ব্যবহার করুন।

অনুগ্রহপূর্বক নিম্নোক্ত ঠিকানায় ফরমটি জমা দিন:

NYS Department of Taxation and Finance)  
Attn: Designee for Reasonable Accommodation  
Building 9, Room 256  
W.A. Harriman State Office Campus  
Albany, NY 12227  
Reasonable.Accommodations@tax.ny.gov

**অভিযোগকারীর তথ্য**

নাম: বাসার ফোন নম্বর:

ইমেইল:

বাসার ঠিকানা:

1. যার বিরুদ্ধে আপনার দাবি উত্থাপন করা

হয়েছে: স্টেট এজেন্সি:

নাম:

শিরোনাম:

ঠিকানা:

ফোন:

2. আপনার অভিযোগে উল্লেখকৃত পরিস্থিতির অবস্থান(সমূহ) এবং তারিখ(গুলি):

আপনার অভিযোগকালীন পরিস্থিতি কি অনুরূপভাবে অব্যাহত রয়েছে? হ্যাঁ

না

3. অনুগ্রহপূর্বক পরিষেবা, কার্যকলাপ, কর্মসূচি বা সুযোগ-সুবিধা নিয়ে অভিযোগ অস্বীকার এবং উপসংহারে আচরণটি বৈষম্যমূলক ছিল এই মর্মে আপনার যুক্তি(গুলি) বর্ণনা করুন। কোনো সাক্ষী থাকলে অনুগ্রহপূর্বক তার/তাদের নাম অন্তর্ভুক্ত করুন এবং সমর্থনকারী কোনো তথ্য থাকলে তা সংযুক্ত করুন।

4. A. ফেডারেল, স্টেট বা স্থানীয় সরকারি সংস্থার কাছে আপনি কি এই অভিযোগ সম্বন্ধে কোনো দাবি নথিভুক্ত করেছেন?

হ্যাঁ  না

- B. অভিযোগকৃত নালিশসমূহের ব্যাপারে আপনি কি কোনো আইনজীবী নিয়োগ করেছেন?

হ্যাঁ  না

- C. এই অভিযোগের বিষয়ে আপনি কি কোনো আইনি মামলা বা আদালত আশ্রিত পদক্ষেপ গ্রহণ করেছেন? হ্যাঁ না

5. এই অভিযোগ ফরমটি যার দ্বারা পূরণ করা হয়েছে:

ADA সমন্বয়কারী

অভিযোগকারী

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_