**Anmälan till DO**

Fyll i och skicka per **säker e-post** till diskrimineringsombudsmannen. Detta gör du via vår hemsida <https://securemail.ombudsman.ax/>.

Alternativt kan du fylla i och skriva ut och lämna in per vanlig post till: Ålands ombudsmannamyndighet, Elverksgatan 10, 22100 Mariehamn

Det går bra att ringa för rådgivning: 018-25565, eller boka tid för besök.

1. **På vilken diskrimineringsgrund har du (eller den person som anmälan gäller) utsatts för eller bevittnat diskriminering? (obligatoriskt information) \***

*Kryssa i en/flera:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Kön |  |  | Politisk verksamhet |
|  | Könsuttryck |  |  | Fackföreningsverksamhet |
|  | Könsidentitet  |  |  | Familjeförhållanden |
|  | Ålder |  |  | Hälsotillstånd |
|  | Ursprung |  |  | Funktionsnedsättning |
|  | Medborgarskap |  |  | Sexuell läggning |
|  | Språk |  |  | Annan orsak som gäller den enskilde som person |
|  | Religion och övertygelse |  |  |  |
|  | Åsikt |  |  |  |

1. **Berätta om händelsen. (obligatoriskt information) \***

Vad har hänt? Vad är det som gör situationen diskriminerande? Var och när hände detta? (så exakt som möjligt). Vem/vilken aktör har förfarit diskriminerande? Har du fått en förklaring till händelsen som du beskrivit från aktören/personen som agerade diskriminerande? Lämna kontaktuppgifter till motparten (diskriminerande part) eller annan information om du kan.

*Skriv fritt genom att besvara frågorna ovan. Använd det utrymme du behöver. Skriver du ut blanketten använd baksidan eller extra papper.*

1. **Finns det något vittne till eller skriftligt material om händelsen?**

Om du vill kan du komplettera ditt ärende med ytterligare information eller bilagor.

**Bakgrundsfakta**

Har du klagat hos någon annan myndighet eller instans? (obligatorisk information) \*

|  |  |
| --- | --- |
|  | ja |
|  | nej |

Om ja, vilken instans behandlar / har behandlat ditt ärende?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Arbetarskyddsmyndigheten |
|  | Polisen |
|  | Domstol |
|  | Riksdagens justitieombudsman |
|  | Justitiekanslern |
|  | En annan myndighet |

Om annan myndighet, vilken?

**Personlig information**

Ålder

Kön

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kvinna |
|  | Man |
|  | Annat/ vill inte säga |

**Lämna dina kontaktuppgifter om du önskar att bli kontaktad.**

Namn

Adress

Telefon

E-post

Jag vill bli kontaktad

* Per e-post
* Per telefon
* Per brev