

## 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:

<input type="checkbox"/>	Kön	<input type="checkbox"/>	Politisk verksamhet
<input type="checkbox"/>	Könsuttryck	<input type="checkbox"/>	Fackföreningsverksamhet
<input type="checkbox"/>	Könsidentitet	<input type="checkbox"/>	Familjeförhållanden
<input type="checkbox"/>	Ålder	<input type="checkbox"/>	Hälsotillstånd
<input type="checkbox"/>	Ursprung	<input type="checkbox"/>	Funktionsnedsättning
<input type="checkbox"/>	Medborgarskap	<input type="checkbox"/>	Sexuell läggning
<input type="checkbox"/>	Språk	<input type="checkbox"/>	Annan orsak som gäller den enskilde som person
<input type="checkbox"/>	Religion och övertygelse		
<input type="checkbox"/>	Åsikt		

### 2) 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.*

### 3) 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) \*

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nej

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

<input type="checkbox"/>	Arbetarskyddsmyndigheten
<input type="checkbox"/>	Polisen
<input type="checkbox"/>	Domstol
<input type="checkbox"/>	Riksdagens justitieombudsman
<input type="checkbox"/>	Justitiekanslern
<input type="checkbox"/>	En annan myndighet

Om annan myndighet, vilken?

#### Personlig information

Ålder

Kön

<input type="checkbox"/>	Kvinna
<input type="checkbox"/>	Man
<input type="checkbox"/>	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