



Formulário de Reclamação por Discriminação

Por favor, preencha com as seguintes informações para que possamos processar sua reclamação. Este formulário está disponível em formatos alternativos e em múltiplas línguas. Se você precisar de outro tipo de formulário ou de auxílio no preenchimento, por favor, avise um de nossos funcionários.

Nome: _____

Endereço: _____

Números de Telefone: (Res.) _____ (Com.) _____ (Celular) _____

Endereço de Email: _____

Por favor, indique a natureza da discriminação alegada:

Categorias protegidas sob o *Título VI da Lei de Direitos Civis de 1964*:

Raça Cor Origem Nacional (incluindo proficiência limitada do inglês)

Categorias adicionais protegidas sob leis e/ou disposições federais e estaduais:

Deficiência Idade Sexo Orientação Sexual Religião Antepassados

Gênero Etnia Identidade de Gênero Expressão de Gênero Credo

Condição de Veterano Antecedentes

Quem você alega ter sido a vítima da discriminação?

Você Terceiro Uma Classe de Pessoas

Nome do indivíduo e/ou organização que você alega estar discriminando:

Você consente que seu nome e suas informações pessoais sejam compartilhados pelo investigador com as outras partes, auxiliando na resolução de sua reclamação?

Sim Não

