

**FORMULÁRIO DE QUEIXA DO TÍTULO VI DO PLANEAMENTO PARA O ESTADO INTEIRO
(STATEWIDE PLANNING TITLE VI COMPLAINT FORM)**

Informações de contacto

Nome

Endereço:

Cidade:

Estado:

Código postal:

Telefone da residência:

Telefone do trabalho:

Email:

Queixa de Discriminação:

Nome do funcionário que crê que discriminou contra si:

Data do incidente alegado:

**Foi discriminado
por causa de:**

- Raça
 Sexo

- Cor
 Origem nacional ou (idioma)
 Idade
 Incapacidade

Explique tão brevemente e tão claramente quanto possível o que sucedeu e como discriminaram contra si. Indique quem foi envolvido. Assegure-se de que inclui como outras pessoas foram tratadas de forma diferente de si. Junte também qualquer material escrito relacionado com o seu caso tal como quaisquer pessoas (testemunhas, companheiros de trabalho, supervisores ou outros), se forem conhecidos, que nós possamos contactar para obter informações adicionais para apoiar ou esclarecer a sua queixa. (Por favor assegure-se de que fornece informações de contacto, e use folhas adicionais se for necessário).

Assinatura:

Data: