



## 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

**Por favor, descreva sua reclamação.** Você deve incluir pormenores específicos tais como nomes, datas, horários, testemunhas, e quaisquer outras informações que

