

WestCOG FORMULÁRIO DE QUEIXAS PARA A DISCRIMINAÇÃO DO TÍTULO VI E PROGRAMAS RELACIONADOS

Envie este formulário para o WestCOG em até 180 dias após a ocorrência ou 180 dias após a ocorrência ter sido divulgada.

Nome do/a reclamante:

Endereço:

Cidade, Estado:

Telefone:

• Você foi discriminado/a por:

Raça

Cor

Nacionalidade

Idade

Deficiência

Sexo

• Data(s) do Ocorrido:

Informe o local do ocorrido e o(s) nome(s) da(s) pessoa(s) que supostamente cometeu/cometeram o ato de discriminação contra você. Informe os nomes, endereços e telefones das testemunhas.

Apresente, da forma mais clara possível, o que aconteceu e como você foi discriminado/a. Se precisar de mais espaço, use o verso do formulário.

• Você registrou essa queixa em alguma outra agência federal, estadual ou local ou com algum tribunal federal ou estadual?

Sim

Não

Observe que as reclamações também podem ser arquivadas no CT DOT Office of Contract Compliance, aos cuidados de Debra Goss, Title VI Coordinator, 2800 Berlin Turnpike, Newington, CT 06111. Caso já tenha apresentado a reclamação, informe para onde a enviou. Marque todos que se aplicam.

Agência Federal

Tribunal Federal

Agência Estadual

Tribunal Estadual

Agência Local

• Por favor, preencha as informações da pessoa de contato do órgão/tribunal onde a reclamação foi realizada.

Nome:

Endereço:

Cidade, Estado:

Telefone:

• Por favor, assine e coloque a data abaixo. Você pode anexar informações escritas ou qualquer outra que julgue relevante em sua reclamação.

Assinatura:

Data:

Envie esta reclamação para: Victoria Ricks, Western CT Council of Governments, 1 Riverside Road, Newtown, CT 06482, vricks@westcog.org, telefone/fax 475-323-2056.

