

Formulário de denúncia de VI TCAG título

SECÇÃO I: Por favor, escreva de forma legível		
Nome:		
Endereço:		
Cidade:	Estado:	Código Postal:
Telefone:	Telefone secundário (opcional):	
Endereço de e-mail:		
Requisitos de formato acessível?	Letras grandes]	Fita de áudio]
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Outros
SECÇÃO II:		
Você está arquivando esta queixa em sua defesa?	SIM *	Não
* Se você respondeu "Sim" à última pergunta, vá para a seção III.		
Se você respondeu "não" à última pergunta, qual é o nome da pessoa para quem você está arquivando esta queixa?		
Qual é sua relação com este indivíduo:		
Por favor, explique por que você tem Arquivado em nome de terceiros:		
Por favor, confirme que você obteve permissão da parte lesada ao arquivar em seu nome.	SIM	Não
SECÇÃO III:		
Acredito que a discriminação que eu experimentei foi baseada (verificar todas que se aplicam):		
<input type="checkbox"/> Raça <input type="checkbox"/> cor origem nacional		
Data da alegada discriminação (mm/dd/aaaa)		
Explica tão claramente quanto possível o que aconteceu e por que você acredita que foram discriminados. Descreva todas as pessoas que estavam envolvidas. Inclua o nome e informações de contato da pessoa que te discriminou (se conhecido), bem como nomes e informações de contato das eventuais testemunhas. Se for necessário mais espaço, por favor use a parte de trás desse formulário.		

Formulário de denúncia de VI TCAG título

Página 2

SECÇÃO IV:		
Você anteriormente apresentaram uma queixa título VI TCAG?	SIM	Não
SECÇÃO V:		
Você tem arquivado esta queixa com qualquer outro Federal, estado ou agência local, ou com qualquer Tribunal Federal ou o estado?		
<input type="checkbox"/> SIM * <input type="checkbox"/> N		
* Se sim, verifique todas as opções aplicáveis:		
<input type="checkbox"/> Agência Federal _ <input type="checkbox"/> Agência Estado _		
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal _ <input type="checkbox"/> Local Agência _		
<input type="checkbox"/> Estado tribunal _		
Se você respondeu "Sim" na secção V acima, fornece informações sobre uma pessoa de contato na agência/corte onde a queixa.		
Nome:		
Título:		
Agência:		
Endereço:		
Telefone: Email:		
SECÇÃO VI:		
Nome da denúncia da agência é contra:		
Pessoa de contato:		
Título:		
Número de telefone:		

Você pode anexar qualquer material escrito ou outras informações que você acha que é relevante para sua reclamação.

Data e assinatura são necessários para completar o formulário abaixo:

Signature _____ Date _____

Por favor, envie este formulário pessoalmente ou envie este formulário para o endereço abaixo:

Coordenador TCAG título VI – ATTN: Ben Kimball

210 s. Church Street, Suite B

Visalia, CA 93291