



Valerie Massard, President | Mary Waldron, Executive Director

(508) 583-1833

70 School Street, Brockton, MA 02301

www.ocpcrpa.org

Modulo di denuncia per discriminazione

Si prega di fornire le seguenti informazioni per consentirci di elaborare la denuncia. Questo modulo è disponibile in formati alternativi e in più lingue. Se si necessita usufruire di tali servizi o di qualsiasi altro tipo di assistenza nella compilazione del modulo, La preghiamo di farcelo sapere.

Nome: _____

Indirizzo: _____

Numeri di telefono: (Casa) _____ (Ufficio) _____ (Cellulare) _____

Indirizzo e-mail: _____

Indicare la natura della presunta discriminazione:

Categorie protette in virtù del *Title VI of the Civil Rights Act of 1964*:

Razza Colore

Origine nazionale (compresa la limitata padronanza della lingua inglese)

Altre categorie protette da norme/ordinanze federali e/o statali:

Disabilità Età Sesso Orientamento sessuale Religione Stirpe

Gender Etnicità Identità di genere Espressione di genere Fede

Veterano Storia personale Basso reddito

Chi ritiene essere stato vittima di discriminazione?

Lei stesso/a Una terza persona Un gruppo di persone

Nome della persona e/o dell'organizzazione che Lei ritiene abbia compiuto l'azione discriminante:

Rilascia il consenso all'investigatore di condividere il Suo nome ed altre informazioni personali con altre parti inerenti a questo caso quando così facendo si collabora nell'investigazione e nella risoluzione del Suo reclamo?

