



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?

Sì No

**Descriva il Suo reclamo.** Includere dettagli specifici come nomi, date, orari, testimoni e qualsiasi altra informazione che potrebbe aiutarci nella nostra indagine in base alle Sue affermazioni. Includere inoltre qualsiasi altra documentazione pertinente alla presente denuncia. È possibile allegare pagine aggiuntive per spiegare il Suo reclamo.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Ha presentato questa denuncia presso altre agenzie (federali, statali o locali)?**

Sì No

Se sì, specificare: \_\_\_\_\_

**Ha presentato querela in relazione a questo reclamo?**

Sì No

In caso affermativo, fornire una copia della denuncia.

Firma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Scrivere a:**

Title VI Coordinator, Old Colony Planning Council, 70 School Street, Brockton, MA 02301

Title VI Coordinator, MassDOT Office of Diversity and Civil Rights, Suite 3800, 10 Park Plaza, Boston, MA 02116

**Inviare per email a:**

[mwaldron@ocpcrpa.org](mailto:mwaldron@ocpcrpa.org)

[MassDOT.CivilRights@state.ma.us](mailto:MassDOT.CivilRights@state.ma.us)