



Valerie Massard, President | Mary Waldron, Executive Director

(508) 583-1833

70 School Street, Brockton, MA 02301

www.ocpcrpa.org

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 De baixa renda

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

