



Valerie Massard, President | Mary Waldron, Executive Director

(508) 583-1833

70 School Street, Brockton, MA 02301

www.ocpcrpa.org

Жалоба о Дискриминации

Пожалуйста, предоставьте следующую информацию для того, чтобы мы могли обработать вашу жалобу. Эта форма доступна в альтернативных форматах и на нескольких языках. Если вам потребуются эти услуги или любая другая помощь в заполнении этой формы, пожалуйста, сообщите нам об этом.

ФИО: _____

Адрес: _____

Телефонные номера: (Дом) _____ (Раб) _____ (Моб) _____

Электронный адрес: _____

Пожалуйста укажите характер предполагаемой дискриминации:

Категории, защищаемые в соответствии с Титулом VI Закона о Гражданских Правах 1964 года:

Раса Цвет кожи Национальное происхождение (в том числе ограниченное знание английского языка)

Дополнительные категории, защищаемые соответствующими законами/ приказами на уровне федерации и/или штата:

Инвалидность Возраст Пол Сексуальная Ориентация Религиозные убеждения Происхождение

Гендер Этничность Гендерная Идентичность Гендерное Выражение
 Убеждения Статус Ветерана Биография Низким уровнем дохода

Кто, согласно Вашим предположениям, являлся жертвой дискриминации?

Вы Третье лицо Класс лиц

Имя лица и / или название организации, которые, согласно Вашим предположениям, осуществляют дискриминацию:
