



TÍTULO VI/FORMULÁRIO DE QUEIXA DISCRIMINATÓRIA

Nos Estados Unidos, nenhuma pessoa deverá, com base em raça, cor, ou nacionalidade, ser impedida de participar, ver-lhe negados benefícios ou sujeita a discriminação em qualquer programa ou atividade que receba assistência financeira Federal.

42 U.S.C. § 2000d

Queixoso(a):

Nome: _____

Endereço: _____

_____ Cód. Postal _____

Contato: (Casa) _____ (Telemóvel) _____ (Trabalho) _____

Indivíduos(as) alvo de discriminação, se diferente dos(as) supramencionado(as):

Nome: _____

Endereço: _____

_____ Cód. Postal _____

Contacto: (Casa) _____ (Telemóvel) _____ (Trabalho) _____

Por favor descreva a sua relação com esta(s) pessoa(s):

Agência, instituição, ou organização que discriminou:

Nome: _____

Nome de um funcionário: _____

Endereço: _____

_____ Cód. Postal _____

Contato: _____

A sua queixa está relacionada com discriminação na prestação de serviços ou em qualquer outra área de ação da agência, instituição ou organização? Se sim, por favor indique abaixo qual(is) a(s) base(s) que, no seu entender, levaram a esta discriminação:

___ Raça: _____

___ Cor: _____

___ Nacionalidade: _____

___ Sexo: _____

___ Idade: _____

___ Deficiência: _____

Se tem um(a) advogado(a) a par das matérias tratadas nesta queixa, por favor complete abaixo:

Nome: _____

Endereço: _____

_____ Cód. Postal _____

Contato: _____

Em que data(s) terá ocorrido a alegada discriminação?

Primeira data de discriminação: _____

Data de discriminação: _____

Por favor explique o mais claramente possível o que aconteceu, porque acredita que tal aconteceu, e como se sentiu discriminado. Indique quem esteve envolvido, bem como a forma como outras pessoas foram tratadas de uma forma diferente. (Utilize folhas adicionais, caso necessário.)

Se acredita que sofreu retaliações ao reportar esta discriminação ou ao cooperar em investigações sobre uma alegada discriminação, por favor descreva as circunstâncias e que ações tomou que, na sua opinião, motivaram a alegada retaliação.

Por favor liste indivíduos (testemunhas, colegas, supervisors ou outros), caso existam, que possam ser contactados pela RIDOT para pedir esclarecimentos quanto à sua queixa.

Por favor forneça qualquer outra informação que achar relevante para a sua queixa de discriminação.

Que compensação/resolução procura para a alegada discriminação?

Por favor assine com data. (Note que a RIDOT não pode processar uma queixa sem assinatura.)

Assinatura

Data



CONSENTIMENTO DE QUEIXA/ FORMULÁRIO DE ENTREGA

Nome: _____

Endereço: _____

Número de Queixa (se aplicável): _____

Por favor leia a informação abaixo, assinale a caixa apropriada, e assine este formulário.

Tomo conhecimento de que Segundo a Secção 9-1-28.1 das Leis Gerais de Rhode Island, eu tenho direito à privacidade. Como queixoso, compreendo que no decurso da investigação se possa tornar necessário que o Departamento de Transportes de Rhode Island (RIDOT) revele a minha identidade a pessoas pertencentes à organização(ões) em investigação, ou que envie uma cópia da minha queixa a outra agência de investigação. Tenho também conhecimento das obrigações da RIDOT em aceder a requerimentos abrangidos pelo Acto de Acesso a Registos Públicos. Compreendo que possa não ser necessária a divulgação de detalhes pessoais recolhidos pela RIDOT como parte da investigação à minha queixa. Para além disso, compreendo que como queixoso estou protegido por regulações federais de intimidação ou retaliação devido à submissão desta queixa, para assegurar os meus direitos estabelecidos em estatutos não-discriminatórios.

CONSENTIMENTO

DOU CONSENTIMENTO – Li e compreendi a informação acima descrita e autorizo a RIDOT a revelar a minha identidade a indivíduos pertencentes à organização em investigação, ou a mencionar a minha queixa a outra agência de investigação. Eu abaixo assinado autorizo o Departamento de Transportes de Rhode Island (RIDOT) a receber material e informação pessoal minha pertinente à investigação da minha queixa. Este material inclui, mas não está limitado a, registos pessoais e médicos. Compreendo que este material e informação será utilizado para actividades legalmente autorizadas. Compreendo também que não sou obrigado a consentir, e o estou a fazer voluntariamente.

NÃO DOU CONSENTIMENTO – Li e compreendi a informação acima mencionada e não quero que a RIDOT revele a minha identidade a indivíduos pertencentes à organização em investigação, ou que reveja, receba ou discuta cópias ou material e informação pessoal pertinente para a investigação da minha queixa. Compreendo que isto poderá impedir a investigação da minha queixa e resultar no fecho da investigação.

Assinatura

Data

Atualizado 3/2017