

## **Brockton Area Transit Authority Título VI/Não Discriminação Formulário de Reclamações**

Título VI da Lei dos Direitos Civis de 1964 e as estatutas não discriminação e regulamentos exigem que qualquer pessoa nos Estados-Membros, com base na raça, cor, nacionalidade, sexo, idade ou deficiência serão excluídos da participação em, negar os benefícios , ou ser submetido a discriminação sob qualquer programa ou atividade que receba assistência financeira federal.

As informações a seguir é necessário para nos ajudar no processamento de sua reclamação. Caso necessite de assistência para preencher este formulário, por favor nos avise.

Preencha e envie este formulário para: Linda Sacchetti, Brockton Area Transit Authority, 155 Court Street, Brockton, MA 02302, (508) 588-2240, e MCAD, One Ashburton Place, 6th Floor, Boston, MA 02109, (617) 994 -6000, TTY: (617) 994-6196

1. Qual das seguintes alternativas melhor descreve a razão de você acreditar que a discriminação ocorreu? Foi por causa do seu:

- a. Raça / cor            c. Sex            e. Incapacidade
- b. Nacional origem   d. Idade

2. Em que data é que a alegada discriminação acontece?

---

3. Em suas próprias palavras, descreva a alegada discriminação. Explique o que aconteceu e quem você acredita que foi o responsável. Por favor use o verso desta forma, se for necessário espaço adicional.

---

---

---

---

---

4. De ter apresentado esta compatível com qualquer outro federal, estadual ou agência

local, ou com qualquer tribunal federal ou estadual? Sim Não

Se sim, verifique cada caixa que se aplica:

Federal Agência Federal Agência Estado tribunal

Estado tribunal agência local

10. Por favor, forneça informações sobre a pessoa de contato na corte agência / onde a queixa foi apresentada.

Name \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip  
Code \_\_\_\_\_

Telefone  
Number \_\_\_\_\_  
5. Nome \_\_\_\_\_ do queixoso

6. Endereço \_\_\_\_\_

7. Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

8. Número de telefone (casa) \_\_\_\_\_  
(negócio) \_\_\_\_\_

9. Pessoa discriminada (se alguém que não o compliant)

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal

10. Por favor, assine abaixo. Você pode anexar qualquer material escrito ou qualquer outra informação que você acha que é relevante para a sua reclamação.

\_\_\_\_\_  
Queixoso Assinatura Data

