

## Formulário de Queixa de Discriminação de Serviço

*O Condado de Suffolk (Suffolk County), sob o Título VI da Lei de Direitos Cívicos de 1964 (Title VI of the Civil Rights Act of 1964) e seus estatutos, garante que nenhuma pessoa do Condado, baseado na raça, cor, nacionalidade, deficiência, sexo (na esfera educacional) ou idade seja excluída de participar, ter benefícios negados ou ser discriminada em qualquer programa ou atividade administrada pelo Condado.*

Caso acredite que foi discriminado baseado na raça, cor, nacionalidade, deficiência, idade, sexo (na esfera educacional) ou idade, preencha este formulário e o envie para o endereço indicado abaixo.

Nota: a seguinte informação é necessária para nos ajudar a processar a sua queixa. Caso precise de ajuda para preencher este formulário, contate (631) 853-4235.

### Seção I:

1. Nome do Reclamante \_\_\_\_\_
2. Endereço \_\_\_\_\_
3. Cidade, Estado e Código Postal \_\_\_\_\_
4. Número de Telefone. [Indique o melhor telefone de contato]  
Residência \_\_\_\_\_ Trabalho \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
5. E-mail \_\_\_\_\_
6. Necessita de Formato para Acesso Especial?  Letras Grandes  TDD/TTY  Outro \_\_\_\_\_

### Seção II:

Você está formalizando esta queixa em seu próprio nome?  Sim  Não Se sim, vá para a Seção III.

1. Pessoa discriminada  
Nome \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Cidade, Estado e Código Postal \_\_\_\_\_
2. Número de Telefone: Residência \_\_\_\_\_ Trabalho \_\_\_\_\_  
Celular \_\_\_\_\_
3. E-mail \_\_\_\_\_
4. Necessita de Formato para Acesso Especial?  Letras Grandes  TDD/TTY  Outro \_\_\_\_\_
5. Seu relacionamento com a pessoa discriminada: \_\_\_\_\_
6. Indique o motivo por protocolar este documento em nome de terceiro. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. A pessoa sendo discriminada (também chamada de Pessoa Prejudicada [Aggrieved Party]) também deve autorizar a queixa e a investigação no seu nome. Confirme que você tem permissão para protocolar esta queixa em nome da Pessoa Prejudicada.  Sim  Não

### Seção III:

1. Por que você acha que houve discriminação? Foi por causa da sua: (marque um motivo)
 

<input type="checkbox"/> Raça/Cor	<input type="checkbox"/> Deficiência
<input type="checkbox"/> Nacionalidade	<input type="checkbox"/> Sexo (na esfera educacional)
<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Outra (especifique) _____

2. Em que dia e hora a suposta discriminação ocorreu?

Data (Mês/Dia/Ano) \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

3. Explique com detalhes o que ocorreu, onde ocorreu e quem você acha ser responsável. Inclua o maior número de informações de identificação e de contato possível das testemunhas e dos responsáveis.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Use o verso deste formulário ou anexe folhas adicionais se precisar de mais espaço.)

#### Seção IV:

1. Você fez uma queixa sobre este caso em outro órgão federal, estadual ou local?

Sim  Não

Se sim, explique todas que forem pertinentes \_\_\_\_\_

---

---

2. Forneça informações sobre a pessoa de contato do órgão/tribunal onde a queixa foi protocolada.

Nome \_\_\_\_\_

Órgão/Tribunal \_\_\_\_\_

Número de Telefone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

(Use o verso deste formulário ou anexe folhas adicionais se precisar de mais espaço.)

Assine abaixo. Você pode incluir material escrito ou outra informação que julgue ser relevante para a sua queixa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

Se esta queixa for protocolada em nome de outra pessoa listada na Seção II acima, a pessoa pode assinar abaixo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Parte Prejudicada

\_\_\_\_\_  
Data