



Georgia Department of Human Services

Formulaire de plainte pour discrimination portant atteinte aux droits civils VOUS DISPOSEZ D'UN DROIT À DES SERVICES D'INTERPRÉTARIAT GRATUITS

En cas de question au sujet de ce formulaire, veuillez appeler le bureau du programme DHS LEP/SI au :
404-657-5244

VOTRE PRÉNOM		VOTRE NOM DE FAMILLE	
N° DE TÉLÉPHONE DU DOMICILE ()		AUTRE N° DE TÉLÉPHONE ()	
ADRESSE DU DOMICILE			VILLE
ÉTAT	CODE POSTAL	ADRESSE E-MAIL (le cas échéant)	

Déposez-vous cette plainte pour quelqu'un d'autre ? OUI NON

Si oui, veuillez inclure le nom de cette personne ci-dessous

PRÉNOM NOM DE FAMILLE

Je crois avoir été victime (ou que quelqu'un d'autre a été victime) de discrimination en raison de :

- Ethnie / couleur de peau / nationalité d'origine
 Déficience auditive
 Déficience visuelle
 Autre incapacité
 Âge
 Sexe
 Religion

D'après vous, qui vous a discriminé(e) (ou a discriminé quelqu'un d'autre) ? Merci de donner des précisions.

PERSONNE / AGENCE / ORGANISATION

ADRESSE		VILLE
ÉTAT	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE ()

Quand et où pensez-vous que cet acte de discrimination a eu lieu ? Merci de donner des précisions.

ÉNUMÉREZ LES DATE(S) ET LIEU(X)

Décrivez brièvement ce qu'il s'est passé. Comment et pourquoi pensez-vous que vous avez été victime (ou quelqu'un d'autre a été victime) de discrimination ? Veuillez apporter autant de précisions que possible. (Pages supplémentaires en pièce jointe si nécessaire)

Veuillez signer et dater cette plainte.

SIGNATURE

DATE



Georgia Department of Human Services

Formulaire de plainte pour discrimination portant atteinte aux droits civils VOUS DISPOSEZ D'UN DROIT À DES SERVICES D'INTERPRÉTARIAT GRATUITS

Les renseignements ci-dessous sur ce formulaire sont facultatifs. L'absence de réponse à ces questions n'aura aucune incidence sur cette plainte.

Des dispositions spéciales sont-elles nécessaires pour nous permettre de communiquer avec vous au sujet de cette plainte ? (Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes.)

Braille Gros caractères CD E - mail ATS

Interprète en langue des signes (précisez la langue) :

Interprète en langue parlée (précisez la langue) :

Autre :

Si nous ne parvenons pas à vous joindre directement, qui pouvons-nous contacter qui pourrait nous mettre en relation avec vous ?

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE	
N° DE TÉLÉPHONE DU DOMICILE ()		AUTRE N° DE TÉLÉPHONE ()	
ADRESSE DU DOMICILE			VILLE
ÉTAT	CODE POSTAL	ADRESSE E-MAIL (le cas échéant)	

Veillez dactylographier ou écrire en caractères d'imprimerie, et retourner le formulaire de plainte complété à :

**DHS LEP/SI Program
Two Peachtree Street, N.W.
Suite 29-103
Atlanta, Georgia 30303-3142
(404) 657-5244 (tél.); (404) 463-7591 (TTY) ; ou par fax : (404) 651-6815**