



Georgia Department of Human Services

Formulário de Reclamação de Discriminação em Direitos Civis VOCÊ TEM O DIREITO DE SER ATENDIDO GRATUITAMENTE POR UM INTÉRPRETE

Se tiver alguma dúvida sobre este formulário, ligue para o Escritório do Programa DHS LEP/SI pelo número:
404-657-5244

SEU PRIMEIRO NOME		SEU SOBRENOME	
TELEFONE RESIDENCIAL ()		TELEFONE ALTERNATIVO ()	
ENDEREÇO		CIDADE	
ESTADO	CEP	ENDEREÇO DE E-MAIL (se houver)	

Você está preenchendo este formulário de reclamação para outra pessoa? SIM NÃO

Se Sim, inclua o nome abaixo

PRIMEIRO NOME SOBRENOME

Acredito que fui (ou alguém foi) discriminado em função de:

- Raça / Cor / Origem Nacional
 Deficiência Auditiva
 Deficiência Visual
 Outras Deficiências
 Idade
 Sexo
 Religião

Quem você acredita que discriminou você (ou outra pessoa)? Seja específico

PESSOA / DEPARTAMENTO / ORGANIZAÇÃO

ENDEREÇO		CIDADE
ESTADO	CEP	TELEFONE ()

Quando e onde você acredita que a discriminação ocorreu? Seja específico

INFORME DATA(S) E LOCAL(S)

Descreva brevemente o que aconteceu. Como e por que acredita que você (ou alguém) foi discriminado? Seja o mais específico possível. (Anexe páginas adicionais conforme necessário)

Assine e date estae formulário de reclamação.

ASSINATURA

DATA



Georgia Department of Human Services

Formulário de Reclamação de Discriminação em Direitos Civis VOCÊ TEM O DIREITO DE SER ATENDIDO GRATUITAMENTE POR UM INTÉRPRETE

A informação restante neste formulário é opcional. Deixar de responder à pergunta abaixo não afetará esta reclamação de forma alguma.

Você precisa de acomodações especiais para nos comunicarmos com você sobre esta reclamação (marque tudo o que for pertinente)?

Braille Impressão em letras grandes CD E-mail Telefone com texto

Intérprete de língua de sinais (especifique o idioma):

Intérprete de língua falada (especifique o idioma):

Outros:

Se não pudermos entrar em contato diretamente, há alguém que possamos entrar em contato para nos ajudar a comunicar com você?

PRIMEIRO NOME		SOBRENOME	
TELEFONE RESIDENCIAL ()		TELEFONE ALTERNATIVO ()	
ENDEREÇO		CIDADE	
ESTADO	CEP	ENDEREÇO DE E-MAIL (se houver)	

Digite ou escreva em letra de forma e envie o formulário de reclamação preenchido para:

**DHS LEP/SI Program
Two Peachtree Street, N.W.
Suite 29-103
Atlanta, Georgia 30303-3142**

(404) 657-5244 (voz); (404) 463-7591 (Tel. com texto); ou Fax: (404) 651-6815

