massDOT
Massachusetts Department of Transportation

Formulário de Reclamação por Discriminação

Por favor, preencha com as seguintes informações para que possamos processar sua reclamação. Este formulário está disponível em formatos alternativos e em múltiplas línguas. Se você precisar de outro tipo de formulário ou de auxílio no preenchimento, por favor, avise um de nossos funcionários.

Nome:_____

Endereço:_____

Números de Telefone: (Res.)_____(Com.)_____(Celular)_____

Endereço de Email:_____

Por favor, indique a natureza da discriminação alegada:

Categorias protegidas sob o *Título VI da Lei de Direitos Civis de 1964*:

☐Raça ☐Cor ☐Origem Nacional (incluindo proficiência limitada do inglês)

Categorias adicionais protegidas sob leis e/ou disposições federais e estaduais:

☐Deficiência ☐Idade ☐Sexo ☐Orientação Sexual ☐Religião ☐Antepassados

☐Gênero ☐Etnia ☐Identidade de Gênero ☐Expressão de Gênero ☐Credo ☐ Condição de Veterano ☐Antecedentes

Quem você alega ter sido a vítima da discriminação?

☐Você ☐Terceiro ☐Uma Classe de Pessoas

Nome do indivíduo e/ou organização que você alega estar discriminando:

_____

Você consente que seu nome e suas informações pessoais sejam partilhados pelo investigador com as outras partes, auxiliando na resolução de sua reclamação?

☐Sim ☐Não

Ten Park Plaza, Suite 4160, Boston, MA 02116
Tel: 857-368-4636, TTY: 857-368-0655
www.mass.gov/massdot

Por favor, descreva sua reclamação. Você deve incluir pormenores específicos tais como nomes, datas, horários, testemunhas, e quaisquer outras informações que possam ajudar em nossa investigação de suas alegações. Por favor, inclua também qualquer outra documentação relevante a esta reclamação. Você pode adicionar páginas à explicação de sua reclamação.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Você registrou esta reclamação com qualquer outra agência (federal, estadual ou local)?

☐ Sim ☐ Não

Caso afirmativo, por favor, identifique:_____

Você protocolou uma ação judicial relativa a esta reclamação?

☐ Sim ☐ Não

Caso afirmativo, por favor, forneça uma cópia da ação.

Assinatura: _____ Data:_____

Envie pelos correios para: Title VI Coordinator, Cape Cod Metropolitan Planning Organization, 3226 Main Street, P.O. Box 226, Barnstable, MA 02630

Title VI Coordinator, MassDOT Office of Diversity and Civil Rights, Suite 3800, 10 Park Plaza, Boston, MA 02116

Envie por email para: mhevenor@capecodcommission.org

MassDOT.CivilRights@state.ma.us