



DHS-60
12/2021
PORTUGUESE

Rhode Island Department of Human Services
GABINETE DO DIRETOR

25 Howard Avenue, Cranston, RI 02920 • (401) 462-2971 (Voz) • TDD (401) 462-6239 ou Relay RI 1-800-745-6575

FORMULÁRIO DE QUEIXA CONTRA DISCRIMINAÇÃO

RECLAMANTE: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado e CEP: _____

Telefone: Casa: _____

Outro: _____

Queixa registrada por: _____
(Reclamante ou Representante)

Telefone: Comercial: _____

Outro: _____

Podemos lhe telefonar no trabalho? *(marque um)*

Sim Não

Caso tenha um representante, gostaria que enviássemos cópias de todas as correspondências futuras àquela pessoa? *(marque um)*

Sim Não

PESSOA OU ENTIDADE QUE SUPOSTAMENTE DISCRIMINOU O(A) RECLAMANTE:

Nome: _____

Local do escritório: _____

Programa (*R.I. Works, SNAP, Medicaid, Rehabilitation, etc.*): _____

Número do telefone: _____

RECLAMANTE FOI SUPOSTAMENTE DISCRIMINADO(A) POR (MARQUE TODOS QUE SE APLICAM)

Raça ou cor: Sexo: Nacionalidade: Deficiência:

Idade: Religião: Crenças políticas:

Serviços de acesso a idiomas: _____

Data em que a suposta discriminação ocorreu: _____

Descreva a suposta discriminação e como ela afetou o(a) reclamante.
Acrescente mais páginas, se necessário.

Que reparações o(a) reclamante está pedindo?

Esta queixa foi registrada junto a algum tribunal ou órgão local, estadual ou federal?
(Marque um)

Sim Não

Em caso afirmativo, qual órgão ou tribunal: _____

Pessoa para contato no órgão ou tribunal: _____

O(A) reclamante pretende registrar a queixa junto a outro órgão?
(Marque um)

Sim Não

Órgão: _____

Assinatura: _____
(RECLAMANTE)

Data: _____

Enviar para:

Community Relations Liaison Officer
RI Department of Human Services
25 Howard Avenue, Cranston, RI 02920

USDA é um provedor e empregador que oferece oportunidades iguais para todos