



RI Département des services
Sociaux Bureau du directeur
25 Howard Avenue, Cranston, RI 02920
(401) 462-6427
(Voix) ATS 1-800-745-6575

FORMULAIRE DE PLAINTE POUR DISCRIMINATION

Plaignante: _____
(Nom)

Adresse: _____

Ville, État et Code Postal : _____

Numéro de Téléphone : Principal : _____ Autre: _____

E-mail (Facultatif): _____

Méthode de Contact Préférée : E-mail Téléphone E-mail Autre

Langue Préférée (si ce n'est L'anglais) :

Avez-vous un Représentant ? Oui Non

Si vous avez un Représentant, Aimerez-vous que nous Envoyions des Copies de tous les Futurs Correspondance avec cette Personne ? (Cochez une Case) Oui Non

Représentant: _____
(Nom)

Adresse: _____

Ville, État et Code Postal: _____

Numéro de téléphone : Principal: _____ Autre: _____

E-mail: _____

La meilleure façon de vous joindre : E-mail Téléphone E-mail Autre

Plainte déposée par:

Personne ou Entité qui Aurait fait Preuve de Discrimination à l'égard du Plaignant:

Nom: _____

Emplacement du Bureau: _____

Programme :

- RIW** (Cash) **SNAP** (Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire)
 GPA (Assistance Publique Générale) **MPP** (Programme de paiement des primes Medicare)
 LTSS (Programme d'Aide à la Garde d'Enfants) **CCAP** (Programme d'aide à la garde d'enfants)
 SSP (Programme de Paiement Supplémentaire de l'État) **KB** (Katie Beckett)
 ACC (Medicaid) **EAD** (Medicaid, 65 ans et plus, aveugles ou handicapés)

Le Plaignant aurait été victime de Discrimination en Raison de

(Cochez toutes les Cases)

- Race Couleur Sexe (y compris l'identité de genre ou l'orientation sexuelle)
 Nationale Origine Handicap Âge Religion Croyances politiques

Date à Laquelle la Discrimination Alléguée s'est Produite: _____

Veillez décrire la discrimination alléguée et comment elle a affecté la Plaignant. Joignez des feuilles supplémentaires si nécessaire.

Quels Recours le Plaignant Demande-t-il ?

Cette plainte a-t-elle été déposée auprès d'une agence ou d'un tribunal fédéral, étatique ou local ?
(Cochez une case) Oui Non

Si oui, Quelle Agence ou Tribunal : _____

Non Personne de Contact de L'agence ou du Tribunal : _____

Avez-vous L'intention de Déposer Auprès d'une Autre Agence ? (Cochez une case) Oui Non

Nom de L'agence : _____

Signature : _____ Date : _____
(Plaignant)

Envoyer à :

Agent de liaison des relations communautaires
Département des services sociaux du RI
25 Howard Ave, Building 57, Room 4-39
Cranston, RI 02920

L'USDA est un fournisseur et employeur souscrivant au principe d'égalité d'accès à l'emploi