



RI Department of Human Services
Office of the Director
25 Howard Avenue, Cranston, RI 02920
(401) 462-6427
(Voz) TDD 1-800-745-6575

FORMULÁRIO DE QUEIXA DE DISCRIMINAÇÃO

Requerente: _____
(Nome)

Morada: _____

Cidade, estado e código postal: _____

Número de telefone principal: _____ Número de telefone alternativo: _____

E-mail: _____

A melhor forma de entrar em contacto consigo: Correio Telefone E-mail Outra

Língua preferida (caso não seja inglês): _____

Se tiver um representante, quer que enviemos no futuro cópias de toda a correspondência para essa pessoa?
(assinale uma opção) Sim Não

Representante: _____
(Nome)

Morada: _____

Cidade, estado e código postal: _____

Número de telefone: Casa: _____ Outro: _____

E-mail (opcional): _____

A melhor forma de entrar em contacto: Correo Telefone E-mail Outra

Queixa apresentada por: _____

Pessoa ou entidade que alegadamente discriminou o requerente:

Nome: _____

Localização do gabinete: _____

Programa:

- RIW (Dinheiro) SNAP (Programa de Assistência Alimentar Adicional)
 GPA (Assistência Pública Geral) MPP (Programa de Pagamento de Prémios Medicare)
 LTSS (Serviços e Assistência de Longo Prazo) CCAP (Programa de Assistência Infantil)
 SSP (Programa de Pagamento Estatal Complementar) KB (Katie Beckett)
 ACC (Medicaid) EAD (Medicaid, Idade igual ou superior a 65 anos, cegos ou deficientes)

O requerente foi alegadamente discriminado pela sua

(Selecione todas as opções que se aplicam)

- Etnia Cor Sexo Identidade/expressão de género Orientação sexual
 Nacionalidade Deficiência Idade Religião Orientação política

Data em que a alegada discriminação ocorreu: _____

Descreva a alegada discriminação e de que forma é que esta afetou o requerente. Junte documentos adicionais se for necessário.

Como gostaria que fosse resolvida esta queixa?

Esta queixa foi apresentada a alguma agência federal, estatal ou local ou a algum tribunal? (Assinale uma opção) Sim Não

Caso tenha sido, indique a agência ou tribunal em que foi apresentada: _____

Pessoa de contacto da agência ou tribunal: _____

Pretende apresentar a queixa noutra agência? (Assinale uma opção) Sim Não

Nome da agência: _____

Assinatura: _____ Data: _____
(Requerente)

Enviar para a seguinte morada:

Community Relations Liaison Officer
RI Department of Human Services
25 Howard Ave, Building 57, Room 4-39
Cranston, RI 02920

A USDA é um fornecedor e empregador de igualdade de oportunidades