

## Apêndice D - Formulário de denúncia

### **Fundo**

CCRTA torna disponível um formulário de reclamação do Título VI para utilização pelos clientes que desejam apresentar uma queixa do título VI no seu site [www.capecodrta.org](http://www.capecodrta.org). O Título VI denúncia formulário especifica as três categorias protegidas pelo Título VI-raça, cor e origem nacional e permite que o queixoso para selecionar uma ou mais dessas classes protegidas como base/bases de discriminação.

<b>Secção I:</b>				
<b>Nome:</b>				
<b>Endereço:</b>				
<b>Telefone (Home):</b>			<b>Telefone (Trabalho):</b>	
Endereço de correio electrónico:				
Requisitos de formato acessível?	Impressão Grande		<b>Fitas de áudio</b>	
	TDD		<b>Outros</b>	
<b>Secção II:</b>				
Você arquivamento desta queixa em seu nome?			Sim*	Não
* Se você respondeu "sim" a esta pergunta, vá para a Seção III.				
Se não, favor fornecer o nome e a relação da pessoa para quem você está reclamando:				
Explique porque você ter arquivado para um terceiro: _____				
Confirme que você obteve a permissão da parte lesada se você estiver depósito em nome de um terceiro.			Sim	Não
<b>Secção III:</b>				
Creio que a discriminação I experiente foi baseado no (marque todas as opções que se aplicam): <input type="checkbox"/> Corrida <input type="checkbox"/> Cor <input type="checkbox"/> Origem nacional				
Data de alegada discriminação (Mês, Dia, Ano): _____				
Explicar o mais claramente possível o que aconteceu e por que você acredita que foram discriminados. Descrever todas as pessoas que estiveram envolvidas. Incluir o nome e informações de contato da pessoa(s) que discriminados você (se conhecido) bem como nomes e informações de contato de quaisquer testemunhas. Se for necessário mais espaço, por favor use o verso deste formulário. _____ _____				

Você já apresentado uma queixa do título VI com esta agência?	Sim	Não
<b>Secção V</b>		
Você já apresentado esta queixa com qualquer outro federal, estadual ou agência local ou com qualquer tribunal federal ou estadual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, marque todos que se aplicam: <input type="checkbox"/> Agência Federal: _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Federal: _____ <input type="checkbox"/> Agência de estado: _____ <input type="checkbox"/> Tribunal de estado: _____ <input type="checkbox"/> A Agência Local: _____		
Forneça informações sobre uma pessoa de contato na agência/tribunal onde a queixa foi arquivada.		
<b>Nome:</b>		
<b>Título:</b>		
<b>Agência:</b>		
<b>Endereço:</b>		
<b>Telefone:</b>		
<b>Secção VI</b>		
Nome da agência é a reclamação contra:		
Pessoa a contactar:		
Título:		
Telefone:		

Você pode anexar todos os materiais escritos ou outras informações que você acha que é relevante para a sua queixa.

Assinatura e Data Requerida abaixo

\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

Data

Envie este formulário em pessoa no endereço abaixo, ou correio este formulário para:

**CCRTA**  
**ADMINISTRATOR**  
**HYANNIS TRANSPORTATION CENTER**  
**215 IYANNOUGH ROAD**  
**PO BOX 1988**  
**HYANNIS, MA 02601**