



FORMULÁRIO DE DENÚNCIA DE DISCRIMINAÇÃO

Setor Jurídico



RSA/Norma: Voluntária

Se quiser apresentar uma denúncia, preencha este formulário e explique o acontecimento da maneira mais clara possível e porque você considera que sofreu discriminação. **Clique ou toque nas áreas cinzentas para preencher este formulário eletronicamente.**

Situação que deu origem à discriminação

- Concessão de fundos federais ao NHDES.
- Concessão de fundos federais a beneficiário do NHDES.
- Emprego dado por beneficiário de fundos federais do NHDES.
- Programa ou serviços oferecidos pelo NHDES.
- Programa ou serviços oferecidos por beneficiário de fundos federais do NHDES.

Denúncia específica

Data de ocorrência da discriminação (mês, dia, ano):

Pessoa que sofreu discriminação

Nome:

Endereço postal:

Cidade/localidade:

Estado: ZIP:

Telefone (primário): ()

Telefone (trabalho): ()

E-mail:

Denunciante (se não for quem sofreu discriminação)

Nome:

Endereço postal:

Cidade/localidade:

Estado: ZIP:

Telefone (primário): ()

Telefone (trabalho): ()

E-mail:

Órgão público ou organização envolvidos

Nome do órgão público/organização:

Endereço postal:

Cidade/localidade:

Estado: ZIP:

Nome do contato:

E-mail do contato:

Telefone do contato (casa): ()

Telefone (trabalho): ()

Natureza e descrição da denúncia de discriminação:

Marque nos quadrados apropriados os fundamentos do motivo pelo qual você considera que sofreu discriminação e explique no resumo abaixo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Idade | <input type="checkbox"/> Religião |
| <input type="checkbox"/> Gênero | <input type="checkbox"/> Raça / etnia |
| <input type="checkbox"/> Identidade de gênero | <input type="checkbox"/> Origem nacional (inclusive aptidão limitada em inglês) |
| <input type="checkbox"/> Orientação sexual | <input type="checkbox"/> Cor |
| <input type="checkbox"/> Estado civil | <input type="checkbox"/> Deficiência (física ou mental) |
| <input type="checkbox"/> Situação familiar | |

Resumo da denúncia (forneça detalhes)*

*Pode anexar materiais escritos ou outras informações que considere relevantes à sua denúncia.

Atestado e assinatura

Ao assinar abaixo, atesto que as informações fornecidas nesta denúncia ou anexadas a ela são verdadeiras e completas dentro do que sei e acredito.

Assinatura do(a) denunciante**

Data

Encaminhe o formulário preenchido e todas as demais informações relevantes, usando um dos seguintes métodos*:

Via e-mail para a coordenação de direitos civis: courtney.l.lockwood@des.nh.gov

Entrega em mãos para: NHDES Legal Unit, 29 Hazen Drive, Concord, NH

Via correio (USPS) para: NHDES Legal Unit

Attn: Civil Rights Compliance Coordinator

P.O. Box 95

Concord NH 03302-0095

* O NHDES aceitará denúncias apresentadas até 180 dias após o último ato da suposta discriminação. Denúncias de discriminações feitas ao Setor de Direitos Civis da Agência de Proteção Ambiental dos EUA (US EPA OCR), à Comissão para a Igualdade de Oportunidades no Emprego dos EUA (EEOC) ou à Comissão de Direitos Humanos de New Hampshire (NHCHR) deverão ser protocoladas ordinariamente até 180 dias após o último ato da suposta discriminação. Mesmo assim, em certas circunstâncias, podem ser concedidas prorrogações destes prazos. Entre em contato direto com estes órgãos públicos para informações adicionais.

** São aceitas assinaturas eletrônicas (E-signatures). Um nome digitado na linha do campo Assinatura do(a) denunciante atestará a confirmação deste documento.