



## Formulaire de plainte pour discrimination

Si vous estimez avoir été l'objet de discrimination sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, de l'âge, du sexe ou du handicap dans le cadre de programmes ou d'activités de la GPA, vous pouvez déposer une plainte en vertu des délais prescrits par la loi. Pour en savoir plus, veuillez vous reporter au document de la GPA intitulé Procédure relative aux plaintes/griefs pour discrimination pour les personnes externes à la GPA (Procedure for Non-Employee Discrimination Complaints/Grievances) accessible sur le site [www.gaports.com](http://www.gaports.com) ou contacter la coordonnatrice antidiscrimination dont les coordonnées figurent plus bas.

Toute personne qui dépose une plainte ou témoigne, assiste ou participe à une enquête, à une procédure ou à une audience antidiscrimination ne saurait être l'objet d'intimidation ou de représailles de la part du Département visant à l'empêcher de jouir des droits ou des privilèges garantis par l'article 504 du Civil Rights Act de 1964, ou toute autre loi sur les droits civils.

Veillez remplir ce formulaire et l'envoyer à la coordonnatrice antidiscrimination par courrier ou le déposer à : **Tiphani Lee, Discrimination Coordinator, 82 Main Street, Garden City, Georgia 31408** ; ou l'envoyer par email à : [tlee@gaports.com](mailto:tlee@gaports.com)

Nom du plaignant/de la plaignante : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Autre(s) personne(s) pouvant avoir connaissance de l'événement :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Sur quelle base la discrimination a-t-elle été exercée ? (Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)

Race  Couleur  Origine nationale (notamment, en raison d'une connaissance limitée de l'anglais)  
 Handicap  Sexe

\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_ Représailles \_\_\_\_ Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

Date de l'incident ayant entraîné de la discrimination : \_\_\_\_\_

Veuillez décrire en détail la discrimination alléguée – qui, quoi, où, quand ? Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre d'autres feuilles de papier, selon la quantité requise.

---

---

---

---

---

---

---

---

Avez-vous déposé cette plainte auprès d'autres agences locales, étatiques ou fédérales, ou auprès d'un tribunal étatique ou fédéral ?

\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ Non

Si oui, veuillez fournir les coordonnées de l'agence auprès de laquelle vous avez également déposé la plainte :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date du dépôt : \_\_\_\_\_

Signez la plainte dans l'espace réservé à cet effet ci-dessous et indiquez la date. Veuillez joindre tout document qui, selon vous, pourrait appuyer votre plainte.

\_\_\_\_\_  
Plaignant(e) (Signature)

\_\_\_\_\_  
Date