



GEORGIA
PORTS

Formulário de reclamação de discriminação para não funcionários

Se você acredita que foi discriminado com base em raça, cor, nacionalidade, idade, sexo ou deficiência nos programas ou atividades do GPA, você pode registrar uma reclamação dentro do prazo previsto em lei. Para obter mais informações, consulte o “Procedimento para queixas/reclamações de discriminação para não funcionários” do GPA em www.gaports.com ou entre em contato com o Coordenador de Não Discriminação identificado abaixo.

Qualquer pessoa que registre uma queixa ou testemunhe, auxilie ou participe de uma investigação, processo ou audiência não discriminatória não pode ser intimidada ou retaliada pelo Departamento com o propósito de interferir com os direitos ou privilégios garantidos pela Lei dos Direitos Civis de 1964, Seção 504, ou qualquer outra lei de direitos civis.

Preencha este formulário e envie pelo correio ou entregue para: **Tiphani Lee, Coordenador de Não Discriminação, 82 Main Street, Garden City, Georgia 31408**; ou via e-mail para: tlee@gaports.com

Nome do reclamante: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Número de telefone: _____ Endereço de e-mail: _____

Outra(s) pessoa(s) que possa(m) ter conhecimento do evento:

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Número de telefone: _____ Endereço de e-mail: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Número de telefone: _____ Endereço de e-mail: _____

Em que se baseou a discriminação? (Marque todas as opções aplicáveis.)

____ Raça ____ Cor ____ Origem étnica (incluindo Proficiência Limitada em Inglês) ____ Deficiência ____ Sexo

____ Idade ____ Retaliação ____ Outro (favor especificar) _____

Data do incidente que resultou em discriminação: _____

Forneça uma descrição detalhada da discriminação alegada – quem, o quê, onde, quando? Se precisar de mais espaço, anexe folhas adicionais de papel.

Você registrou esta reclamação em outras agências federais, estaduais ou locais ou junto a um tribunal federal ou estadual?

____ Sim ____ Não

Em caso afirmativo, forneça as informações de contato da agência junto à qual você também registrou a reclamação:

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Data do registro: _____

Assine a reclamação no espaço abaixo e coloque a data. Anexe todos os documentos que possam sustentar sua reclamação.

Reclamante (Assinatura) _____
Data