



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](http://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](mailto: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