

QUEIXA DE DISCRIMINAÇÃO

NOME	TIPO DE AUXÍLIO
ENDEREÇO	NÚMERO DO CASO
	NÚMERO DE TELEFONE () CÓDIGO DE ÁREA

Creio ter sofrido discriminação com base em:

- RAÇA ORIGEM NACIONAL RELIGIÃO ESTADO CIVIL
 SEXO
(inclusive identidade de gênero) COR DEFICIÊNCIA
(inclusive em relação a portadores de HIV) IDADE
 AFILIAÇÃO POLÍTICA UNIÃO ESTÁVEL ORIENTAÇÃO SEXUAL IDENTIFICAÇÃO COM GRUPO ÉTNICO

NOME DA PESSOA QUE DISCRIMINOU	CARGO	DATA DA OCORRÊNCIA	LOCAL DA OCORRÊNCIA E AGÊNCIA

Descreva em suas próprias palavras que ação ou ações ocorreram que o levaram a acreditar que tenha sofrido discriminação.

Indique que tipo de resolução está buscando.

De acordo com meu conhecimento, acredito que as informações acima sejam verdadeiras e completas.

- Não consinto com a divulgação do meu nome ou de outras informações que possam identificar a minha pessoa. Entendo que esta queixa pode não ser investigada em decorrência da minha recusa em consentir com a divulgação das informações.
- Ao assinar esta queixa, autorizo a Secretaria de Direitos Civis (CRB, Civil Rights Bureau) do CDSS a revelar a minha identidade e outras informações pessoais para pessoas na organização ou instituição sob investigação, bem como para outros órgãos federais e estaduais de acordo com a legislação e normas federais e estaduais pertinentes. Autorizo, por meio desta, o CRB a receber materiais e informações como, entre outros, formulários, arquivos de caso, registros pessoais e registros médicos. Os materiais e as informações deverão ser usados para atividades autorizadas de fiscalização e cumprimento dos direitos civis. Entendo que não sou obrigado a autorizar esta divulgação e o faço voluntariamente.

ASSINATURA DO AUTOR DA QUEIXA	DATA
-------------------------------	------