

Comissão de Relações Humanas de New Bedford

CHARGE OF DISCRIMINATION			DATA	NÚMERO DE CARGA
HABITAÇÃO JUSTA <input type="checkbox"/> MATÉRIA CIVIL <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/>				
NOME			NÚMERO DE TELEFONE	
ENDEREÇO	CIDADE, ESTADO, E CÓDIGO POSTAL			DATA DE NASCIMENTO
NOME DO EMPREGADOR AGÊNCIA DO GOVERNO LOCAL QUE DISCRIMINADO CONTRA MIM				
NOME		NÚMERO DE EMPREGADOS		TELEFONE
ENDEREÇO	CIDADE, ESTADO, E CÓDIGO POSTAL			MUNICÍPIO
NOME			TELEFONE	
ENDEREÇO	CIDADE, ESTADO, E CÓDIGO POSTAL			MUNICÍPIO
CAUSA DE DISCRIMINAÇÃO COM BASE EM			DISCRIMINAÇÃO DATO OCORREU	
<input type="checkbox"/> RAÇA <input type="checkbox"/> COR <input type="checkbox"/> SEXO <input type="checkbox"/> RELIGIÃO <input type="checkbox"/> IDADE <input type="checkbox"/> RETALIAÇÃO <input type="checkbox"/> ORIGEM NACIONAL <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO			MAIS CEDO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/> AÇÃO CONTÍNUA	
OS DETALHES SÃO:				
AFIRMO QUE LI A ACUSAÇÃO ACIMA E QUE É FIEL AO MELHOR DO MEU CONHECIMENTO, INFORMAÇÃO E CRENÇA.				
ASSINATURA DO QUEIXOSO				

FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DE RECLAMAÇÕES