

Conselho de Comissários do Condado de Broward
Departamento de Transportes – Divisão de Trânsito

RECLAMAÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO CONFORME O TÍTULO VI

A Divisão de Trânsito do Condado de Broward está comprometida em garantir que nenhuma pessoa seja excluída da participação ou tenha negados os benefícios de seus serviços com base em raça, cor ou nacionalidade, em conformidade com o Título VI da Lei dos Direitos Cívicos de 1964, conforme alterada.

Qualquer pessoa que acredite ter sido, individualmente ou como membro de qualquer classe específica de pessoas, vítima de discriminação nos termos do Título VI, com base em raça, cor ou nacionalidade, pode apresentar uma reclamação por escrito à Divisão de Trânsito do Condado de Broward.

Para processar sua reclamação, preencha o formulário em anexo. Se precisar de ajuda para preencher este formulário, ligue para o Coordenador do Título VI pelo telefone 954-357-8481. O formulário preenchido pode ser devolvido para:

Divisão de Trânsito do Condado de Broward

Aos cuidados de: Title VI Coordinator

1 North University Drive, Suite 3100A

Plantation, FL 33324

Telephone: (954) 357-8481

TTY: (954) 357-8302

Informações do Reclamante:

Nome (Primeiro, Sobrenome) _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

Telefone: _____

Endereço de e-mail: _____

Pessoa discriminada (se for outra pessoa que não o reclamante):

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

Telefone: _____

Endereço de e-mail: _____

Você é representado por um advogado nesta denúncia?

Sim _____ Não _____

Em caso afirmativo, preencha o seguinte:

Nome do Advogado: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

Telefone: _____

Nomes e informações de contato das testemunhas:

Qual das seguintes opções descreve melhor o motivo da suposta discriminação? (Marque uma ou mais)

Raça _____

Cor _____

Origem nacional, incluindo proficiência limitada em inglês _____

Descreva o suposto incidente de discriminação:

Data do incidente: _____

Horário: _____

Local: _____

Número da linha (se aplicável): _____ Número do ônibus (se aplicável): _____

Explique o ocorrido e quem você acredita ser o responsável. Forneça o máximo de detalhes possível.

Você registrou alguma queixa sobre a suposta discriminação em alguma outra agência federal, estadual ou local; ou em um tribunal estadual ou federal?

Sim _____ Não _____

Em caso afirmativo, marque todas as opções aplicáveis:

Federal _____ Tribunal Federal _____ Estadual _____ Tribunal Estadual _____ Tribunal Local _____

Indique o nome da Agência onde você registrou sua reclamação.

Nome da Agência: _____

Pessoa para Contato: _____

Telefone: _____

Afirmo que li a acusação acima e que ela é verdadeira, de acordo com meu conhecimento, informação e crença.

Assinatura do Reclamante

Data