

E

Print, fill out and mail this form to:

Attn: Civil Rights Officer, HARTransit, 62 Federal Road Danbury, CT 06810

Name _____

Address/Apt# _____

City/State/Zip Code _____

Telephone # _____

Discrimination because of: (Check all that apply)

Race Color National Origin Sex Age Disability Other

Please provide the date(s) and location of the alleged discrimination, the name(s) of the individual(s) who allegedly discriminated against you including their titles (if known).

Please provide the names, addresses and telephone numbers of any witnesses.

Explain as briefly and as clearly as possible what happened, how you feel that you were discriminated against and who was involved. Please include how other persons were treated differently from you.

Signature _____ Date ____ / ____ / ____

You may use additional sheets of paper if necessary. Please include any written materials pertaining to your complaint.



S

Imprima, complete y envíe este formulario a:

Attn: Civil Rights Officer, HARTransit, 62 Federal Road Danbury, CT 06810

Nombre _____

Dirección/N° Apt. _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono _____

La discriminación fue por motivo de: (Marque todo lo que corresponda)

Raza Color Origen Nacional Sexo Edad Discapacidad Otros

Por favor, indique la fecha(s) y ubicación de la supuesta discriminación, el nombre(s) de la persona(s) que supuestamente lo discriminó, incluyendo su título (si lo sabe).

Por favor indique los nombres, direcciones y números de teléfono de cualquier testigo.

Explique de la forma más breve y clara posible lo que ocurrió, por qué siente que fue discriminado(a) y quiénes estuvieron involucrados. Por favor explique cómo las demás personas fueron tratadas de forma diferente a usted.

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____

Puede usar hojas adicionales si es necesario. Por favor, incluya cualquier material escrito referente a su queja.



P

Imprima, complete e envie este formulário para:

Attn: Civil Rights Officer, HARTransit, 62 Federal Road Danbury, CT 06810

Nome _____

Endereço/Apto. _____

Cidade/Estado/Código Postal _____

Telefone _____

Discriminação por: (Marque todos os itens que correspondam ao seu caso)

Raça Cor Nacionalidade Sexo Idade Desabilidade Outros

Por favor, provenha a data(s) e local onde o ato de discriminação ocorreu, o nome(s) do indivíduo que supostamente o discriminou, incluindo o seu cargo (se souber).

Provenha nomes, endereços e números de telefones de pessoas que tenham testemunhado.

Explique da forma mais objetiva e clara possível o que ocorreu, por quê sente que foi discriminado (a) e quem estava envolvido. Por favor, explique como as outras pessoas foram tratadas de forma diferente de você.

Assinatura _____ Data ____ / ____ / ____

Pode utilizar papel adicional, se necessário. Por favor, inclua qualquer material escrito relacionado com a sua denúncia.

