

[Español](#)  
[Français](#)  
[Português](#)

[Viêt](#)  
[Русский](#)  
[Hausa](#)

[中國](#)  
[ગુજરાતી](#)  
[Igbo](#)

[中國](#)  
[한국의](#)  
[Somali](#)  
[Yoruba](#)

(704) 336 7433 ou [Telltransit@charlottenc.gov](mailto:Telltransit@charlottenc.gov)  
Civil Rights Officer, CATS, 600 East Fourth Street, Charlotte, NC 28202

## FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO NOS TERMOS DO TÍTULO VI

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                        |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1. Nome do reclamante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 4. Pessoa que sofreu discriminação (caso não seja o reclamante)                                        |                                                                            |
| 2. Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nome                                                                                                   |                                                                            |
| 3. Endereço residencial (rua, cidade, estado, CEP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Endereço                                                                                               |                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cidade, estado, CEP                                                                                    |                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Números de telefone                                                                                    |                                                                            |
| 5. Descreva quem você acredita que o discriminou.<br>Se souber, inclua: nome da(s) pessoa(s), número do crachá, número do veículo e/ou informações de contato:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 6. Data/horário do incidente<br>(mês, dia, hora do dia, ano):                                          | 7. Local do incidente (inclua a rota e o número do ônibus, se for o caso). |
| 9. Acredito que a sofri discriminação baseada em (marque todas as opções aplicáveis):<br><br><input type="checkbox"/> Raça<br><input type="checkbox"/> Cor<br><input type="checkbox"/> Origem nacional<br><input type="checkbox"/> Capacidade limitada de falar inglês e/ou o idioma que eu falo.<br><br>Explique, da forma mais clara possível, o que aconteceu e por que você acredita ter sofrido discriminação. Se for necessário mais espaço, por favor, utilize o verso deste formulário. |                                                                                                        |                                                                            |
| 10. Identifique de forma completa quaisquer pessoas ou testemunhas que possamos contatar para obter informações adicionais que corroborem ou esclareçam suas alegações (nome, endereço, telefone)                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                        |                                                                            |
| 11. Que outras informações você tem que sejam relevantes para a investigação desta reclamação?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                        |                                                                            |
| 12. Como o(s) seu(s) problema(s) pode(m) ser resolvido(s) de forma satisfatória?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 12. Se você já registrou esta reclamação junto ao CATS anteriormente, especifique quando, onde e como. |                                                                            |
| Assinatura:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DATA:                                                                                                  |                                                                            |
| INTAKE BY (Administration Staff Representative)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                        |                                                                            |