

QUEIXA/RECLAMAÇÃO PROTOCOLADA NOS TERMOS DA LEI PARA AMERICANOS COM DEFICIÊNCIA

JD-ES-263PT Rev. 8-20
28 CFR § 35.107 (b)

ESTADO DE CONNECTICUT
JUÍZO DE PRIMEIRA INSTÂNCIA
www.jud.ct.gov



Instruções

Apresentar este formulário ao Director, Human Resource Management Unit, 90 Washington Street, Hartford, Connecticut 06106, (860) 706-5280, até dez (10) dias após o suposto ato discriminatório ou decisão discriminatória. Meios alternativos para a apresentação da queixa/reclamação, como entrevista presencial ou gravação da reclamação, serão disponibilizados às pessoas com deficiência mediante solicitação. Se necessário, anexe documentos ou páginas adicionais.

Para obter informações sobre adaptações de acordo com a ADA entre em contato com um escrivão do fórum ou visite: www.jud.ct.gov/ADA.

Nome do reclamante	Telefone	E-mail (facultativo)
--------------------	----------	----------------------

Endereço

Descrever o suposto ato ou decisão discriminatória:
(incluir datas, locais, nomes e informações de contato de testemunhas - utilizar páginas adicionais caso seja necessário).

.....

.....

.....

Qual é a providência ou solução solicitada?

.....

.....

.....

Assinado (Assinatura do reclamante)	Data da assinatura
-------------------------------------	--------------------

SOMENTE PARA USO DO FÓRUM

- A reclamação é arquivada.
- Oferece-se a seguinte resolução:

.....

.....

.....

- O caso é concluído.
- O caso não é concluído.
- O reclamante foi informado das agências federais e estaduais disponíveis caso tenha interesse em dar prosseguimento à reclamação.

Comentários Adicionais:

.....

.....

.....

Diretor da Unidade de Gestão de Recursos Humanos ou Seu Designado

..... Data