

**QUEIXA DE DISCRIMINAÇÃO/  
SUBSÍDIOS FEDERAIS**

JD-ES-284PT Rev. 12-18

ESTADO DE CONNECTICUT  
**PODER JUDICIÁRIO**  
www.jud.ct.gov

**COMUNICADO SOBRE A ADA**

O Poder Judiciário do Estado de Connecticut cumpre com a Lei para Americanos com Deficiências (ADA - na sigla em inglês). Se necessitar de adaptações razoáveis em cumprimento com a ADA, entre em contato com um funcionário da secretaria do fórum ou uma pessoa de contato relacionada na página da web [www.jud.ct.gov/ADA](http://www.jud.ct.gov/ADA).

**Instruções**

Todo programa ou atividade patrocinado pelo Departamento de Justiça dos EUA deverá cumprir as leis federais de discriminação dos direitos civis. Queixas de discriminação dos direitos civis podem ser apresentadas ao encaminhar este formulário ao: Director, Human Resource Management Unit, 90 Washington Street, Hartford, Connecticut 06106, (860) 706-5280 ou por e-mail para [Human.Resources@jud.ct.gov](mailto:Human.Resources@jud.ct.gov). Anexar documentos adicionais, se for necessário.

Nome do reclamante	Endereço de E-mail	Número de telefone
--------------------	--------------------	--------------------

Endereço para correspondência (Número e rua ou Caixa Postal; cidade; estado; CEP)

Nome, Endereço e Número de telefone do Convenente (O convenente é o programa ou agência que recebe fundos do Poder Judiciário de Connecticut).

Sua queixa trata-se de (assinalar com "x" uma opção):  Emprego  Não Recebimento de Serviços ou Benefícios

Sua queixa trata-se de (assinalar com "x" uma ou mais opções):

<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Raça/Etnia	<input type="checkbox"/> Sexo (gênero)
<input type="checkbox"/> Religião	<input type="checkbox"/> Cor	<input type="checkbox"/> Identidade de Gênero
<input type="checkbox"/> Deficiência Mental ou Física	<input type="checkbox"/> Nacionalidade	<input type="checkbox"/> Orientação Sexual

Descrever a suposta discriminação (incluir datas, locais, nomes e informação de contato de testemunhas - utilizar uma ou mais páginas adicionais se for necessário).

Assinatura do reclamante (Pessoa apresentando esta queixa)	Data da assinatura
------------------------------------------------------------	--------------------

Não escrever abaixo desta linha.

- A queixa é extinta
- A seguinte resolução foi oferecida e o caso foi concluído: \_\_\_\_\_
- A resolução acima mencionada foi oferecida mas o caso não foi concluído.
- O reclamante foi informado das agências federais e estaduais disponíveis caso tenha interesse em dar prosseguimento à queixa.

Observações Adicionais \_\_\_\_\_

Por: (Diretor da Unidade de Gestão de Recursos Humanos do Poder Judiciário ou designado)	Data
------------------------------------------------------------------------------------------	------