

**Formulaire de plainte pour discrimination  
Suncoast Center for Independent Living**

<b>Section I:</b>			
Prénom:			
Adresse:			
Téléphone (domicile):		Téléphone (travail):	
Adresse de courrier électronique:			
Exigences de format accessible?	Gros caractères		Cassette audio
	TDD		Autre
<b>Section II:</b>			
Déposez-vous cette plainte en votre propre nom?		<b>Oui*</b>	<b>Non</b>
* Si vous avez répondu «oui» à cette question, passez à la section III.			
Si non, veuillez indiquer le nom et le lien de parenté de la personne pour laquelle vous vous plaignez:			
Veuillez expliquer pourquoi vous avez demandé à un tiers:			
_____			
Veuillez confirmer que vous avez obtenu l'autorisation de la partie lésée si vous déposez au nom d'un tiers.		<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>Section III:</b>			
Je crois que la discrimination que j'ai subie était basée sur (cochez toutes les réponses qui s'appliquent):			
<input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Couleur <input type="checkbox"/> Origine nationale <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Statut familial ou religieux <input type="checkbox"/> Autre (expliquer) _____			
Date de la prétendue discrimination (mois, jour, année): _____			
Expliquez le plus clairement possible ce qui s'est passé et pourquoi vous pensez avoir été victime de discrimination. Décrivez toutes les personnes impliquées. Indiquez le nom et les coordonnées de la ou des personnes qui vous ont discriminé (s'il est connu), ainsi que le nom et les coordonnées de tout témoin. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser le verso de ce formulaire.			
_____			
_____			
<b>Section IV</b>			

Avez-vous déjà déposé une plainte en vertu du Titre VI auprès de cette agence?	Oui	Non
--	-----	-----

**Section V**

Avez-vous déposé cette plainte auprès d'un autre organisme fédéral, d'État ou local, ou d'un tribunal fédéral ou d'un État?  
 Oui  Non

Si oui, cochez toutes les réponses qui s'appliquent:  
 Agence fédérale: \_\_\_\_\_  Agence d'État: \_\_\_\_\_  
 Tribunal fédéral : \_\_\_\_\_  Cour d'Etat \_\_\_\_\_  
 Agence locale: \_\_\_\_\_

Veillez fournir des informations sur une personne de contact au sein de l'agence / du tribunal où la plainte a été déposée.

Prénom: \_\_\_\_\_  
Titre: \_\_\_\_\_  
Agence: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Téléphone: \_\_\_\_\_

**Section VI**

Le nom de la plainte de l'agence est contre:

Contact person:  
Contact: \_\_\_\_\_  
Titre: \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Vous pouvez joindre tout matériel écrit ou toute autre information que vous jugez utile pour votre plainte.

Signature et date requises ci-dessous

\_\_\_\_\_  
Signature Date

Veillez envoyer ce formulaire à l'adresse ci-dessous:

Harvey Brooks  
Suncoast Center for Independent Living  
3281 17<sup>th</sup> St.  
Sarasota, FL 34235

or

The Federal Transit Administration  
Office of Civil Rights  
1200 New Jersey Ave., SE  
Washington, D.C. 20590

