

Discrimination Complaint Form

Please provide the following information in order for us to process your complaint. This form is available in alternate formats and multiple languages. Should you require these services or any other assistance in completing this form, please let us know.

Name: _____

Address: _____

Telephone Numbers: (Home) _____ (Work) _____ (Cell) _____

Email Address: _____

Please indicate the nature of the alleged discrimination:

Categories protected under *Title VI of the Civil Rights Act of 1964*:

Race Color National Origin (including limited English proficiency)

Additional categories protected under related Federal and/or State laws/orders:

Disability Age Sex Sexual Orientation Religion Ancestry

Gender Ethnicity Gender Identity Gender Expression Creed

Veteran's Status Background Low-Income

Who do you allege was the victim of discrimination?

You A Third Party Individual A Class of Persons

Name of individual and/or organization you allege is discriminating:

Do you consent to the investigator sharing your name and other personal information with other parties to this matter when doing so will assist in investigating and resolving your complaint?

Yes No

Жалоба о Дискриминации

Пожалуйста, предоставьте следующую информацию для того, чтобы мы могли обработать вашу жалобу. Эта форма доступна в альтернативных форматах и на нескольких языках. Если вам потребуются эти услуги или любая другая помощь в заполнении этой формы, пожалуйста, сообщите нам об этом.

ФИО: _____

Адрес: _____

Телефонные номера: (Дом) _____ (Раб) _____ (Моб) _____

Электронный адрес: _____

Пожалуйста укажите характер предполагаемой дискриминации:

Категории, защищаемые в соответствии с Титулом VI Закона о Гражданских Правах 1964 года:

- Раса Цвет кожи Национальное происхождение (в том числе ограниченное знание английского языка)

Дополнительные категории, защищаемые соответствующими законами/ приказами на уровне федерации и/или штата:

- Инвалидность Возраст Пол Сексуальная Ориентация Религиозные убеждения Происхождение

- Гендер Этничность Гендерная Идентичность Гендерное Выражение
 Убеждения Статус Ветерана Биография Низким уровнем дохода

Кто, согласно Вашим предположениям, являлся жертвой дискриминации?

- Вы Третье лицо Класс лиц

Имя лица и / или название организации, которые, согласно Вашим предположениям, осуществляют дискриминацию:

Согласны ли Вы, чтобы рассматривающий жалобу предоставил Ваше имя и прочую личную информацию другим сторонам, если это окажет помощь в расследовании и разрешении Вашей жалобы?

- Да Нет

ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិភាពរើសអើង

សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម ដើម្បីអោយយើងខ្ញុំធ្វើការលើបណ្តឹងរបស់អ្នក។ ពាក្យបណ្តឹងនេះមានទម្រង់ផ្សេងៗគ្នា និងមានជាច្រើនភាសា។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានសេវាកម្មទាំងនោះ ឬជំនួយផ្សេងៗទៀតក្នុងការបំពេញពាក្យបណ្តឹង សូមប្រាប់យើងខ្ញុំ។

ឈ្មោះ: _____
អាសយដ្ឋាន: _____
លេខទូរស័ព្ទ: (ផ្ទះ) _____ (កន្លែងការងារ) _____ (ដៃ) _____
អ៊ីម៉ែល: _____

សូមបង្ហាញពីប្រភេទនៃភាពរើសអើងដែលអ្នកចោទប្រកាន់:

ប្រភេទទាំងឡាយណាដែលត្រូវបានការពារដោយ *មាត្រាទីVI នៃច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលឆ្នាំ1964*:

- អម្បូរ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពកំណើត (រួមទាំងសមត្ថភាពប្រើភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត)

ប្រភេទផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានការពារដោយដីការ/ច្បាប់រដ្ឋ ឬ/និងដីការ/ច្បាប់សហព័ន្ធដែលពាក់ព័ន្ធ:

- ពិការភាព អាយុ ភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ សាសនា ដូនតា
- យេនឌ័រ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ការបង្ហាញយេនឌ័រ ជំនឿ អភិធម្មនុ
- ជន ប្រវត្តិ ប្រាក់ចំណូលទាប

តើនរណាជាមនុស្សដែលអ្នកចោទប្រកាន់ថាជាអ្នករងគ្រោះពីភាពរើសអើង?

- អ្នក បុគ្គលទីបី មនុស្សមួយក្រុម

សូមផ្តល់ឈ្មោះបុគ្គល និង/ឬអង្គការដែលអ្នកចោទប្រកាន់ពីភាពរើសអើង:

តើអ្នកអនុញ្ញាត អោយអ្នកស៊ើបអង្កេតបង្ហាញឈ្មោះនិងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកទៅកាន់បុគ្គលផ្សេងទៀត ទាក់ទងនឹងបញ្ហានេះដែរឬទេ ប្រសិនបើព័ត៌មានទាំងនេះជួយដល់ការស៊ើបអង្កេត និងដោះស្រាយបណ្តឹងរបស់អ្នក?

- បាទ/ចាស ទេ

Đơn Khiếu nại Phân biệt đối xử

Vui lòng cung cấp các thông tin sau để chúng tôi xử lý khiếu nại của quý vị. Đơn này có sẵn ở các định dạng khác nhau và bằng nhiều ngôn ngữ. Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị cần các dịch vụ này hoặc bất kỳ hỗ trợ nào khác để điền đơn này.

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Số điện thoại: (Nhà) _____ (Cơ quan) _____ (Di động) _____

Địa chỉ email: _____

Vui lòng cho biết bản chất của sự việc bị cho là phân biệt đối xử:

Các thể loại được bảo vệ theo Đạo luật VI của Luật dân quyền năm 1964:

Chủng tộc Màu da Quốc gia xuất xứ (bao gồm tiếng Anh không thông thạo)

Các thể loại bổ sung được bảo vệ theo luật/lệnh liên quan của Liên bang và/hoặc Tiểu bang:

Khuyết tật Tuổi Giới tính (Sex) Định hướng tình dục

Tôn giáo Tổ tiên

Phái tính (Gender) Dân tộc Xác định phái tính Thể hiện phái tính

Tín điều (Creed) Tình trạng thương binh Lý lịch Thu nhập thấp

Ai là người quý vị cho là nạn nhân của phân biệt đối xử?

Quý vị Một cá nhân thứ ba Một lớp người

Tên của Cá nhân và/hoặc tổ chức mà quý vị cho là đang phân biệt đối xử:

Quý vị có đồng ý cho điều tra viên chia sẻ tên và các thông tin cá nhân khác của quý vị với các bên khác về vấn đề này để hỗ trợ việc điều tra và giải quyết khiếu nại của quý vị không?

Có Không

نموذج شكوى حول وقوع حالة تمييز

يُرجى توفير المعلومات التالية لكي نتعامل مع الشكوى التي تقدمتم بها. يتوفر هذا النموذج بأشكال بديلة وبلغات متعددة. إذا رغبت بهذه الخدمات أو أي مساعدة أخرى لتعبئة هذا النموذج، يُرجى إبلاغنا.

الاسم: _____
العنوان: _____
أرقام الهواتف: (المنزل) _____ (العمل) _____ (الجوال) _____
البريد الإلكتروني: _____

يُرجى الإشارة إلى طبيعة التمييز الذي تدعونه:

الفئات التي يحميها القسم السادس من قانون حقوق الانسان لعام 1964:

العرق اللون الأصل الوطني أو القومي (بما في ذلك الكفاءة المحدودة في اللغة الانجليزية)

الفئات الاضافية التي تحميها القوانين/ الاوامر الفيدرالية و/ أو الخاصة بالولاية ذات الصلة:

الإعاقات العمر الجنس التوجه الجنسي الدين سلالة المرء
 النوع الاثنية هوية النوع التعبير عن النوع
 العقيدة الوضع كمحارب قديم الخلفية ذوي الدخل المنخفض

من هو الشخص الذي تدعون بأنه ضحية عمل تمييزي؟

أنت فرد آخر أو طرف ثالث مجموعة أفراد

اسم الفرد و/ أو المنظمة التي تدعون بأنها تمارس التمييز؟

هل توافقون على أن يقوم المحقق بمشاركة اسمكم ومعلوماتكم الشخصية الأخرى مع أطراف أخرى متعلقة بهذا الموضوع إذا كانت هذه المشاركة ستساعد في عملية التحقيق وإيجاد حل لشكواكم؟

نعم لا

Fòmilè pou Pote Plent pou Diskriminasyon

Tanpri, ekri enfòmasyon yo mande la yo, pou ede nou travay sou plent ou pote a. Ou ka jwenn fòmilè sa a nan lòt fòm, ak nan plizyè lang. Si ou bezwen li nan lòt fòm oubyen lòt lang, oubyen si ou vle mande lòt kalite asistans pou reponn kesyon nan fòmilè sa a, tanpri fè nou konnen.

Non ou: _____

Adrès: _____

Nimewo telefòn: (Lakay ou) _____ (Nan Travay ou) _____ (Tel. Selilè) _____

Adrès elektwonik: _____

Tanpri, ekri pi ba la a pou ki kalite diskriminasyon w ap pote plent:

Kategori ki pwoteje dapre *Tit 6 nan Lwa sou Dwa Sivik 1964* la:

Ras Koulè Nasyonalite (oubyen moun ki pa konn pale angle byen)

Lòt kategori ki pwoteje dapre lwa/òdonnans Eta a oswa gouvènman federal la:

Andikap Laj Gason oubyen Fi Oryantasyon seksyèl Relijyon Zansèt

Gason ak Fanm Gwoup Etnik Idantite gason oswa fanm Deklarasyon

idantite Gason oswa Fanm Kwayans Kondisyon Veteran Antesedan

Touche Ti Salè

Ki moun ou vle di ki viktim diskriminasyon an?

Oumenm Yon Lòt Moun Yon Gwoup Moun

Di non moun ak/oswa òganizasyon ou kwè ki fè diskriminasyon an:

Èske ou dakò pou moun k ap mennen ankèt la bay lòt moun ki fè pati nan ka a, non ou ak lòt enfòmasyon pèsennèl sou ou, si sa kapab ede nan ankèt sou plent ou fè a, oswa rezoud pwoblèm lan?

Wi Non

Voye nan adrès elektwonnik sa a: lsnell@nantucket-ma.gov

Formulaire de plainte pour discrimination

Veillez fournir les informations suivantes afin que nous puissions considérer votre plainte. Ce formulaire est disponible dans d'autres formats et en plusieurs langues. Si vous avez besoin de ces services ou de toute autre assistance pour remplir ce formulaire, merci de nous le faire savoir.

Nom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : (Domicile) _____ (Travail) _____ (Portable) _____

Courriel : _____

Veillez indiquer la nature de la discrimination alléguée :

Catégories couvertes en vertu du *titre VI de la loi sur les droits civils (Civil Rights Act) de 1964* :

Race Couleur de peau

Nationalité d'origine (Inclus connaissance limitée de l'anglais)

Catégories supplémentaires couvertes en vertu des lois/ordonnances fédérales et/ou des États :

Handicap Age Sexe Orientation sexuelle Religion Filiation

Genre Ethnicité Identité de genre Expression sexuelle

Croyance Statut d'ancien combattant Antécédent Faibles revenus

Qui, d'après vous, serait victime de discrimination?

Vous Un tiers Un ensemble de personnes

Nom de la personne et/ou de l'organisation qui, d'après vous, exercerait la discrimination :

Consentez-vous que l'enquêteur communique votre nom et informations personnelles à d'autres parties à ce sujet, sachant que votre accord assistera dans l'examen des faits et la décision de votre plainte?

Oui Non

歧视投诉表

请提供以下信息以便我们处理您的投诉。本表有特殊版式以及多语种版本可供选择。如您需要此类版本或其它任何协助以填写投诉信息，请联系我们。

姓名：_____

地址：_____

电话号码：（家）_____（工作）_____（手机）_____

电子邮件地址：_____

请说明投诉歧视的性质：

1964年颁发的民权法案第六章保护的类别：

种族 肤色 国籍（包括有限的英文水平）

相关的联邦和/或州法律/条例保护的其它类别：

残障 年龄 性别 性取向 宗教 祖籍 低收入人群

社会性别 族群 性别认同 性别表达 教义 退伍军人身份 背景

您投诉的歧视受害者是谁？

本人 第三方个人 一个类别的人士

您投诉的歧视的个人和/或组织的姓名或名称：

您同意让调查人员同其他相关方共享您的姓名和其它个人信息以协助调查并解决投诉吗？

是 否

歧視投訴表

請提供以下信息以便我們處理您的投訴。本文檔具有特殊版式以及多個語種版本供選用。如您需要此類版本或其它任何協助以報告投訴，請聯系我們。

姓名：_____

地址：_____

電話號碼：（家）_____（工作）_____（手機）_____

電子郵件地址：_____

請說明投訴歧視的性質：

1964年頒發的民權法案第六章保護的類別：

種族 膚色 國籍（包括有限的英文水平）

相關的聯邦和/或州法律/條例保護的其它類別：

殘障 年齡 性別 性取向 宗教 祖籍 低收入群體

社會性別 族群 性別認同 性別表達 教義 退伍軍人身份 背景

您投訴的歧視受害者是誰？

本人 第三方個人 一個類別的人士

您投訴的歧視的個人和/或組織的姓名或名稱：

您同意讓調查人員同其他相關方共享您的姓名和其它個人信息以協助調查並解決投訴嗎？

是 否

請描述您的投訴。您在描述中應提供具體細節，如姓名、日期、時刻、證人以及其它任何有助於我們調查您本次投訴的信息。請提供任何其它與本投訴相關的證明檔案。您可另頁附上您對投訴的解釋。

您向其它機構（聯邦、州或當地機構）提交過本投訴嗎？

是 否

如投訴過，請說明：_____

您對本投訴提起過訴訟嗎？

是 否

如果提起過訴訟，請提交一份訴訟副本。

簽名：_____ 日期：_____

郵寄地址： Leslie Woodson Snell, Director of Planning, Nantucket Planning & Economic Development Commission, 2 Fairgrounds Road, Nantucket, MA 02554

電子郵件地址： lsnell@nantucket-ma.gov

Formulario de queja por discriminación

Por favor, complete la siguiente información para que podamos tramitar su queja. Este formulario está disponible en otros formatos y en varios idiomas. Si usted necesitara estos servicios o cualquier otro tipo de asistencia para completar este formulario, por favor, avísenos.

Nombre: _____

Dirección: _____

Nos. de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor, indique la índole de la presunta discriminación:

Categorías protegidas por el *Artículo VI de la ley de derechos civiles de 1964*:

Raza Color Origen nacional (incluido un nivel limitado del idioma inglés)

Otras categorías protegidas por leyes o disposiciones federales y/o estatales:

Discapacidad Edad Sexo Orientación sexual Religión Abolengo

Género Etnia Identidad de género Expresión de género Credo

Categoría de veterano Origen Bajos ingresos

¿Quién afirma usted que fue víctima de discriminación?

Usted Un tercero Una clase de personas

Nombre de la persona u organización que usted afirma que está discriminando:

¿Consiente usted en que el investigador facilite su nombre y otros datos personales a otras partes de este asunto con el fin de que ayuden en la investigación para poder resolver su queja?

Sí No

Modulo di denuncia per discriminazione

Si prega di fornire le seguenti informazioni per consentirci di elaborare la denuncia. Questo modulo è disponibile in formati alternativi e in più lingue. Se si necessita usufruire di tali servizi o di qualsiasi altro tipo di assistenza nella compilazione del modulo, La preghiamo di farcelo sapere.

Nome: _____

Indirizzo: _____

Numeri di telefono: (Casa) _____ (Ufficio) _____ (Cellulare) _____

Indirizzo e-mail: _____

Indicare la natura della presunta discriminazione:

Categorie protette in virtù del *Title VI of the Civil Rights Act of 1964*:

Razza Colore

Origine nazionale (compresa la limitata padronanza della lingua inglese)

Altre categorie protette da norme/ordinanze federali e/o statali:

Disabilità Età Sesso Orientamento sessuale Religione Stirpe

Gender Etnicità Identità di genere Espressione di genere Fede

Veterano Storia personale Basso reddito

Chi ritiene essere stato vittima di discriminazione?

Lei stesso/a Una terza persona Un gruppo di persone

Nome della persona e/o dell'organizzazione che Lei ritiene abbia compiuto l'azione discriminante:

Rilascia il consenso all'investigatore di condividere il Suo nome ed altre informazioni personali con altre parti inerenti a questo caso quando così facendo si collabora nell'investigazione e nella risoluzione del Suo reclamo?

Sì No

Formulário de Reclamação por Discriminação

Por favor, preencha com as seguintes informações para que possamos processar sua reclamação. Este formulário está disponível em formatos alternativos e em múltiplas línguas. Se você precisar de outro tipo de formulário ou de auxílio no preenchimento, por favor, avise um de nossos funcionários.

Nome: _____

Endereço: _____

Números de Telefone: (Res.) _____ (Com.) _____ (Celular) _____

Endereço de Email: _____

Por favor, indique a natureza da discriminação alegada:

Categorias protegidas sob o *Título VI da Lei de Direitos Civis de 1964*:

Raça Cor Origem Nacional (incluindo proficiência limitada do inglês)

Categorias adicionais protegidas sob leis e/ou disposições federais e estaduais:

Deficiência Idade Sexo Orientação Sexual Religião Antepassados

Gênero Etnia Identidade de Gênero Expressão de Gênero Credo

Condição de Veterano Antecedentes De baixa renda

Quem você alega ter sido a vítima da discriminação?

Você Terceiro Uma Classe de Pessoas

Nome do indivíduo e/ou organização que você alega estar discriminando:

Você consente que seu nome e suas informações pessoais sejam compartilhados pelo investigador com as outras partes, auxiliando na resolução de sua reclamação?

Sim Não

