

## DODATEK A

<b>MIASTA NOWEJ BRYTANII: TYTUŁ VI FORMULARZ SKARGI</b>	
<b>Sekcja I</b>	
Nazwa:	
Adres:	
Telefon (Domowy):	Telefon (Praca):
Adres e-mail:	
<b>Sekcja II</b>	
Czy zgłaszasz tę skargę we własnym imieniu?      ( ) TAK*      ( ) NIE	
*Jeśli odpowiedziałeś "tak" na to pytanie, przejdź do sekcji III.	
Jeśli nie odpowiedziałeś, proszę podać nazwisko i związek osoby, której dotyczy skarga	
Proszę wyjaśnić, dlaczego złożyłeś dla osoby trzeciej:	
Potwierdź, że uzyskałeś zgodę strony pokrzywdzonej, jeśli zgłaszasz w imieniu osoby trzeciej      ( ) TAK      ( ) NIE	
<b>Sekcja III</b>	
Nieprawidłowa nazwa agencji lub skarga programowa:	
Nazwa indywidualnej skargi jest sprzeczna (jeśli jest znana)	
Tytuł indywidualnej skargi jest przeciwny (jeśli jest znany):	
Numer telefonu (jeśli jest znany):	
<b>Sekcja IV</b>	
Sądzę, że dyskryminacja, której doświadczałem, opierała się na (zaznacz wszystko, co ma zastosowanie:	
( ) Wyścig      ( ) Kolor rasy      ( ) Płeć      ( ) Pochodzenie krajowe	
Data domniemanej dyskryminacji (miesiąc, dzień, rok):	
Wyraź jasno, co się zdarzyło i dlaczego uważasz, że byłeś dyskryminowany. Opisz wszystkie osoby, które były zaangażowane. Dołącz nazwisko osoby, które dyskryminowały (o ile jest znane), a także nazwiska i informacje kontaktowe świadków. Jeśli potrzebujesz więcej miejsca, skorzystaj z dodatkowej strony.	

MIASTA NOWEJ BRYTANII: TYTUŁ VI FORMULARZ SKARGI

Strona 2

**Sekcja V**

Czy wcześniej złożył (a) Pan (i) skargę z tytułu VI w okręgu? ( ) TAK ( ) NIE

**Sekcja VI**

Czy złożył Pan (i) tę skargę z tytułu VI do jakiegokolwiek innej federalnej, państwowej lub lokalnej agencji lub z jakimkolwiek sądem federalnym lub stanowym?

( ) TAK ( ) NIE

Jeśli tak, proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie i podać nazwę agencji:

( ) Federalnej Agencja: \_\_\_\_\_

( ) Agencja Państwowa: \_\_\_\_\_

( ) Lokalna Agencja: \_\_\_\_\_

( ) Sąd Federalny: \_\_\_\_\_

( ) Sąd państwa: \_\_\_\_\_

Proszę podać informacje dotyczące osoby kontaktowej w agencji / sądu, w której złożono skargę:

Nazwa:

Tytuł:

Agencja:

Adres:

Telefon:

**Sekcja VII**

Podpis i Data wymagane poniżej.

\_\_\_\_\_

Podpis

\_\_\_\_\_

Data

Proszę przesłać ten formularz (osobiście lub pocztą) do:

Human Resources Department  
27 West Main Street, Room 409  
New Britain, CT 06051