

QUEIXA SOBRE ACESSO LINGUÍSTICO

JD-ES-353PT Novo 5-23

Para obter informações sobre adaptações de acordo com a ADA, entre em contato com o escritório central da ADA no número (860) 706-5310 ou acesse: www.jud.ct.gov/ADA/

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

**Instruções**

Enviar o formulário preenchido por e-mail a: LEP@jud.ct.gov ou

por correio a: Interpreter and Translator Services, Superior Court Operations Division, 90 Washington Street, Hartford, CT 06106. Assim que o Poder Judiciário receber a queixa, o Oficial de Acesso Linguístico (ou seu designado) realizará uma investigação.

A queixa deve ser protocolada o quanto antes, de preferência em até trinta (30) dias corridos após o reclamante ficar sabendo da suposta violação. Explique o mais claramente possível o que aconteceu. Detalhar como, quando, onde e por que você acredita que recebeu serviços inadequados ou sofreu discriminação. Se possível, incluir o local, os nomes e a informação de contato de quaisquer testemunhas e outras partes envolvidas na suposta violação. (Caso necessário, você poderá anexar páginas adicionais).

O uso deste formulário não é obrigatório. A queixa pode ser apresentada mediante uma carta que contenha as mesmas informações. Se você precisar de ajuda para preencher este formulário, entre em contato com o Coordenador de LEP por telefone no número 860-706-5310.

Nome do reclamante	E-mail	Telefone
--------------------	--------	----------

Endereço Postal

Data da suposta violação	Horário da suposta violação	Local da suposta violação
--------------------------	-----------------------------	---------------------------

Descrição da suposta violação

Não preencha este formulário. Utilize-o como referência para preencher a versão oficial do formulário em inglês.

Nome(s) e informação de contato de quaisquer indivíduos ou testemunhas pertinentes
--

Assinatura do reclamante (Campo obrigatório)	Nome	Data da assinatura
--	------	--------------------