

APPENDIX I

*National Origin Discrimination Complaint Form-French***FORMULAIRE DE PLAINTE POUR DISCRIMINATION FONDÉE SUR L'ORIGINE NATIONALE**

Instructions: Complétez et signez ce formulaire, ainsi que le formulaire de consentement ci-joint, puis envoyez-le par email OU par courrier normal au responsable du Titre VI au Gouvernement de Lexington Comté Urbain de Fayette (LFUCG) :

Isabel G. Taylor
itaylor@lexingtonky.gov
1306 Versailles Rd, Suite 110
Lexington, KY 40504

Sec. 1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE/A PLAIGNANT/E

Nom: _____ e-mail: _____

Adresse: _____
_____ Code postal _____

Numéro du Téléphone Portable: (____) _____

Numéro du Téléphone du Travail: (____) _____

Personne(s) discriminée(s) si différente(s) de celle(s) citée (s) ci-dessus :

Nom: _____ e-mail: _____

Adresse: _____
_____ Code postal _____

Numéro du Téléphone Portable: (____) _____ Travail: (____) _____

Veuillez expliquer votre relation avec cette/ces personne(s) _____

Sec. 2. DÉTAILS DE LA PLAINTE

(a) Administration, Département, Programme, ou Agence sous-traitante qui a discriminé:

Nom: _____ Adresse: _____

_____ Code postal _____

Numéro du Téléphone Portable: (____) _____ Travail: (____) _____

(b) Votre plainte concerne-t-elle une discrimination relative à l'accès à un programme ou à la prestation de services ou à d'autres actions discriminatoires de la part d'un département de LFUCG ou d'une agence sous-traitante dans son traitement à vous ou aux autres personnes ? Si c'est le cas, veuillez indiquer, en bas, la/les base(s) sur lequel(les) vous croyez que ces actions discriminatoires ont été prises.

Race/Ethnicité: _____

Origine nationale: _____

Sexe: _____

Religion: _____

Âge: _____
Handicap: _____

(c) Quelle est l'heure et le lieu les plus convenables pour vous contacter à propos de cette plainte? _

(d) En quelle date l'incident de discrimination a eu lieu? _____

Si c'est le cas, la date du premier incident de discrimination: _

La date de l'incident de discrimination le plus récent: _

(e) Les plaintes pour discrimination doivent généralement être déposées dans les 180 premiers jours à partir de la discrimination présumée. Si l'incident de discrimination le plus récent, cité ci-dessus, a eu lieu depuis plus de 180 jours, vous pouvez demander une exemption de dépôt de plainte. Si vous desirez demander une exemption, vous devez expliquer la raison pour laquelle vous avez attendu jusqu'à maintenant pour déposer votre plainte, et le gouvernement de Lexington Comté Urbain de Fayette (LFUCG) évaluera l'explication et décidera si une exemption est appropriée.

(f) Veuillez expliquer, de la manière la plus nette et claire possible, ce qui s'est passé, où, et quand cela s'est passé, pourquoi vous pensez que cela s'est passé, et comment la discrimination s'est produit. Indiquez les personnes qui étaient impliquées. Assurez-vous d'indiquer comment les autres personnes ont été traitées différemment de vous ou des personnes en question. **(Veuillez utiliser des feuilles supplémentaires si nécessaire et joindre une copie des pièces écrites se rapportant à votre cas).**

(g) Le Titre VI de la loi sur les droits civils de 1964, 42 U.S.C. §§ 2000d – 2000d7 et la section sur la non-discrimination de la loi Omnibus de 1968 sur la lutte contre la criminalité et la sécurité dans les rues, 28 U.S.C. § 3789d(c), interdisent aux destinataires de fonds fédéraux d'intimider ou de prendre des représailles contre qui que ce soit parce qu'il ou elle a mené ou participé dans une action afin de garantir des droits protégés par ces lois. Si vous croyez que vous avez subi des représailles (en plus de la discrimination présumée au n°10), veuillez expliquer ci-dessous, de la manière la plus claire et nette possible, les circonstances. Assurez-vous d'expliquer quelles sont les actions que vous avez prises que, vous croyez qu'elles ont été la base des représailles présumées.

(h) Veuillez lister ci-dessous toutes les personnes (témoins, collègues, superviseurs ou autres), si elles sont connues, que nous pouvons contacter pour avoir des informations supplémentaires pour appuyer et clarifier votre plainte.

Nom	Adresse	Indicatif/Téléphone

(i) Avez-vous d'autres informations que vous pensez pertinentes pour notre enquête sur votre plainte pour discrimination?

(j) Quelle(s) solution(s) proposez-vous?

(k) Avez-vous (ou la personne discriminée) déposé la même plainte ou autres plaintes avec d'autres bureaux du Gouvernement de Lexington Comté Urbain de Fayette ou autres agences fédérales?

Oui____, Non____

Si oui, vous rappelez-vous du numéro de la plainte?

Avec quelle agence ou département ou programme aviez-vous déposé la plainte?

Adresse: _____ Code postal_____

Téléphone: (____)_____

Date de dépôt de la plainte:_____

Déposée contre _____

Nom de la personne qui a reçu la plainte: _

Brièvement, sur quoi portait la plainte?

Quel était le résultat?

(l) * On ne peut pas accepter une plainte non signée. Veuillez signer et dater ce formulaire de plainte ci-dessous.

(Signature)

(Date)

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

FOR OFFICE USE ONLY

Date Complaint Received: _____**Case Number:** _____**Sent by:** _____**Dept., Div. and/or Program:** _____**Referred to LFUCG:****Date Referred:** _____

____ Director of Grants (_____)

____ Department Commissioner (_____)

____ CAO

____ Human Resources (_____)

____ Law Department (_____)

____ Other: (_____)

Recommendation attached, if any: ____ Yes ____ No

Nous aurons besoin de votre consentement pour divulguer votre nom, si nécessaire, dans le cas d'une enquête. Veuillez signer et dater le formulaire de consentement (si vous déposez cette plainte pour quelqu'un qui, selon vous, a fait l'objet de discrimination, nous aurons besoin dans la plupart des cas du formulaire de consentement signé par cette personne). Veuillez envoyer par courrier ou par email, le formulaire de plainte pour discrimination, signé et dûment rempli, comme indiqué ci-dessus (merci d'en faire une copie pour vos dossiers).

Comment avez-vous appris que vous pouviez déposer cette plainte?

FRENCH COMPLAINANT CONSENT/RELEASE FORMFORMULAIRE DE CONSENTEMENT/AUTORISATION DE DIVULGATION

Nom du plaignant _____

E-mail: _____ Adresse: _____

Numéro(s) de plainte, si connu(s) _____

Veillez lire les informations ci-dessous, cochez la case appropriée et signez le formulaire.

J'ai lu l'Avis sur l'Utilisation de l'Information Personnelle à des fins d'enquête publié par LFUCG. En tant que plaignant(e), je comprends qu'au cours d'une enquête il peut être nécessaire pour LFUCG de révéler mon identité à des personnes au sein d'une organisation ou institution objet de l'enquête. Je suis également au courant des obligations de LFUCG d'honorer les demandes de conformité avec la loi sur l'accès libre à l'information. Je comprends qu'il peut être important de divulguer des informations, incluant des informations d'identification personnelles que LFUCG a recueilli dans le cadre de son enquête concernant ma plainte. De plus, je comprends qu'en tant que plaignant(e) je suis protégé(e) par la réglementation contre l'intimidation ou les représailles pour avoir pris des mesures ou participé à des mesures visant à garantir les droits protégés par les lois interdisant la discrimination.

CONSENTEMENT/ AUTORISATION DE DIVULGATION

ACCORD – J'ai lu et compris les informations ci-dessus et j'autorise LFUCG à révéler mon identité aux personnes de l'organisation ou institution objet d'enquête. Par la présente, j'autorise LFUCG à recevoir des documents et informations qui seront utilisés pour les activités autorisées de mise en conformité et d'application des droits civils. Je comprends également que je ne suis pas obligé d'autoriser cette publication et je le fais volontairement.

DÉSACCORD – J'ai lu et compris les informations ci-dessus et je ne veux pas que LFUCG révèle mon identité à l'organisation ou institution objet de l'enquête, ni analyser, ou recevoir des copies, ou discute des documents et informations me concernant, qui sont pertinents pour l'enquête relative à ma plainte. Je comprends que cela peut entraver l'enquête relative à ma plainte et peut entraîner la clôture de celle-ci.

SIGNATURE _____

DATE _____