

**COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DE ANN ARBOR
PLAINTÉ POUR DISCRIMINATION et/ou DEMANDE DES RENSEIGNEMENTS**

Envoyer par poste à: Ann Arbor Human Rights Commission
301 E. Huron Street, PO Box 8647
Ann Arbor, Michigan 48107-8647

or Emporter à: City Clerk's Office
Larcom City Hall, 301 E. Huron Street
Ann Arbor, Michigan 48107-8647

HRC Case No.
Date Received

HRC@a2gov.org
734-794-6141 (boîte vocale)

I. PLAINTÉ POUR DISCRIMINATION

PLAIGNANT(E)

Nom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ État: _____ Code Postal: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

DÉFENDEUR(DERESSE)

Nom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ État: _____ Code Postal: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

CETTE PLAINTÉ CONCERNE:

- Emploi Logement Équipements publics Autre (veuillez spécifier): _____

Motif(s) de discrimination

(cochez tout ce qui s'applique):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Âge | <input type="checkbox"/> Identité de genre | <input type="checkbox"/> Religion |
| <input type="checkbox"/> Casier judiciaire | <input type="checkbox"/> Informations génétiques | <input type="checkbox"/> Sexe (inclut grossesse) |
| <input type="checkbox"/> Couleur de peau | <input type="checkbox"/> Taille | <input type="checkbox"/> Orientation sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Handicap | <input type="checkbox"/> Séropositivité | <input type="checkbox"/> Source de revenus |
| <input type="checkbox"/> Association éducationnelle | <input type="checkbox"/> État matrimonial | <input type="checkbox"/> Statut de vétéran |
| <input type="checkbox"/> Situation de famille | <input type="checkbox"/> Origine nationale | <input type="checkbox"/> Victime de violences conjugales/harcèlement |
| <input type="checkbox"/> Responsabilités familiales | <input type="checkbox"/> Croyances politiques | <input type="checkbox"/> Poids |
| <input type="checkbox"/> Expression du genre | <input type="checkbox"/> Race | <input type="checkbox"/> Autre (inclut représailles) |

Veuillez expliquer ce qui est passé que vous croyiez discriminatoire *(Continuez à l'envers ou joignez des matériaux supplémentaires, si nécessaire.):*

Je crois avoir été victime de discrimination le ou vers le _____ (date) quand

L'information contenue dans ce formulaire est vraie, autant que je sache.

Signature de plaignant(e) ou représentant autorisé _____ Date de signature _____

II. DEMANDE DES RENSEIGNEMENTS

Si vous voulez déposer une plainté en ce moment ou non, si vous cherchez des renseignements de la Commission des Droits de la Personne de Ann Arbor, veuillez fournir vos coordonnées au dessus dans la rubrique « plaignant[e] ». Expliquez votre demande à l'envers de ce formulaire ou contactez la Commission des Droits de la Personne par courriel ou téléphone (coordonnées en haut de cette page). *(Joignez des documents supplémentaires si vous le voudriez.)*