**Carta Modelo para Reclamantes**

Ao:

Diretor

Mecanismo Independente de Consulta e Investigação Banco Interamericano de Desenvolvimento

1300 New York Avenue, N.W. Washington, D.C. 20577

E-mail: mecanismo@iadb.org

Telefone: 202-623-3952; Fax: 202-312-4057

1. Os abaixo-assinados, (**inserir nomes**), residimos (**ou** representamos as seguintes pessoas que residem) na zona conhecida como onde está sendo realizado o projeto (**o nome e/ou uma breve descrição da Operação Financiada pelo Grupo BID e o nome do país onde se realiza a operação**). Nossos nomes e dados de contato figuram anexos à presente bem como (**se relevante**) o comprovante de delegação de autoridade de (**colocar nome ou organização**) para representar os Solicitantes aqui nomeados.
2. Temos sofrido ou provavelmente sofreremos dano(s) em consequência do fato de o BID, FOMIN ou a CII não terem cumprido uma ou mais de seus Políticas Operacionais pertinentes (**citar a/as política(s) operacional(ais) que vocês consideram foi (foram) descumprida(s) pelo Banco, se conhecidas).**
3. (Descrever o(s) dano(s) substancial(ais) e direto(s) que se estão sofrendo ou provavelmente sofrerão e por que considera que o(s) mesmo(s) está(ão) relacionado com o descumprimento das Políticas Operacionais pertinentes).
4. Temos apresentado nossa(s) queixa(s) à Administração de uma das instituições do Grupo BID nas seguintes datas (**indicar as datas e nomes dos funcionários do BID contatados**) mediante **(explicar de que forma apresentou a queixa, se foi durante uma reunião, via carta, por ligação telefônica, ou outra forma).** A resposta da Administração foi **(explicar se houve resposta dos funcionários e, neste caso, qual foi o resultado. Inserir qualquer outra informação sobre contatos anteriores com o Banco.)**
5. Temos optado pela(s) (**inserir a Fase de Consulta ou a de Verificação da Observância ou ambas)** fases para dar prosseguimento ao processo. (**Se não souber qual fase selecionar, favor escrever):** Desejamos que nos expliquem as opções disponíveis para possamos tomar uma decisão).
6. Se considerar necessário que o MICI conceda tratamento confidencial a sua identidade, favor indicar esta opção e explicar a razão para o mesmo.
7. Pedimos ao MICI que responda à nossa Solicitação. Assinaturas:

Data:

Endereços de contato, número de telefone, número de fax, e-mail.