



Formulario De Queja Por Discriminación

Por favor, complete la siguiente información para que podamos tramitar su queja. Este formulario está disponible en otros formatos y en varios idiomas. Si usted necesitara estos servicios o cualquier otro tipo de asistencia para completar este formulario, por favor, avísenos.

Nombre: _____

Dirección: _____

Nos. de teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor, indique la índole de la presunta discriminación:

Categorías protegidas por el Artículo VI de la ley de derechos civiles de 1964:

- Raza Color Origen nacional (incluido un nivel limitado del idioma inglés)

Otras categorías protegidas por leyes o disposiciones federales y/o estatales:

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Sexo |
| <input type="checkbox"/> Orientación sexual | <input type="checkbox"/> Religión | <input type="checkbox"/> Abolengo |
| <input type="checkbox"/> Género | <input type="checkbox"/> Etnia | <input type="checkbox"/> Identidad de género |
| <input type="checkbox"/> Expresión de género | <input type="checkbox"/> Credo | <input type="checkbox"/> Categoría de veterano |
| <input type="checkbox"/> Origen | | |

¿Quién afirma usted que fue víctima de discriminación?

- Usted Un tercero Una clase de personas

Nombre de la persona u organización que usted afirma que está discriminando:

¿Consiente usted en que el investigador facilite su nombre y otros datos personales a otras partes de este asunto con el fin de que ayuden en la investigación para poder resolver su queja?

- Sí No

Por favor, describa su queja. Incluya detalles específicos, como nombres, fechas, horarios, testigos y otra información que pudiera ayudarnos en nuestra investigación de

