



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:

Discapacidad Edad Sexo Orientación sexual Religión Abolengo

Género Etnia Identidad de género Expresión de género Credo

Categoría de veterano 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

