



## 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

