Formulario de denuncia por discriminación del TÍTULO VI/504/ADA y leyes federales y estatales relacionadas

|  |  |
| --- | --- |
| **PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA** | |
| Fecha: | Iniciales del revisor: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del denunciante: | Número de teléfono del hogar: | Número de teléfono del trabajo: |
| Dirección postal: | | |
| ¿Cuál es el horario más conveniente para que nos pongamos en contacto con usted en relación con esta denuncia? | | |
| Fundamento de las acciones discriminatorias:  RAZA SEXO ESTADO CIVIL  COLOR ORIGEN NACIONAL/ASCENDENCIA CONDICIÓN DE EX COMBATIENTE  RELIGIÓN/CREDO DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL INFORMACIÓN GENÉTICA  EDAD ENFERMEDAD REPRESALIAS | | |
| Fecha y lugar de las presuntas acciones discriminatorias. Incluya la fecha más temprana de discriminación y la más reciente: | | |
| ¿Cómo se lo discriminó? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la presunta discriminación. Explique con la mayor claridad posible lo sucedido y por qué cree que su situación protegida fue un factor de discriminación. Incluya cómo se trató a otras personas de manera diferente a usted.(Adjunte hojas adicionales, si es necesario). | | |
| Nombres de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) con las que podemos ponernos en contacto para obtener más información que respalde o aclare su denuncia: (Adjunte hojas adicionales, si es necesario).  **Nombre Dirección Teléfono**  \_  \_ | | |

Firma del denunciante Fecha