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