



**Formulario de quejas sobre discriminación
del TÍTULO IV/504/ADA y estatutos federales
y estatales relacionados**

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
Fecha: _____	Iniciales del revisor: _____

Nombre del reclamante: _____	Número de teléfono residencial: _____	Número de teléfono del trabajo: _____
---------------------------------	--	--

Dirección postal:

¿Cuál es el mejor horario para ponernos en contacto con usted y discutir esta queja?

Motivo de la acción o acciones discriminatorias:

<input type="checkbox"/> RAZA	<input type="checkbox"/> SEXO	<input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL
<input type="checkbox"/> COLOR	<input type="checkbox"/> ORIGEN NACIONAL/ASCENDENCIA	<input type="checkbox"/> ESTADO DE VETERANO
<input type="checkbox"/> RELIGIÓN/CREDO	<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL	<input type="checkbox"/> INFORMACIÓN GENÉTICA
<input type="checkbox"/> EDAD	<input type="checkbox"/> CONDICIÓN MÉDICA	<input type="checkbox"/> REPRESALIAS

Fecha y lugar de las presuntas acciones discriminatorias. Por favor, incluya la fecha más antigua y la fecha más reciente del acto de discriminación:

¿De qué manera se le discriminó? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la presunta discriminación. Explique, de la forma más clara posible, qué sucedió y por qué cree usted que su estado protegido fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de forma diferente a usted. (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

Nombres de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) que podamos contactar para obtener información adicional para apoyar o clarificar su queja: (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Teléfono</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del reclamante

Fecha