

# Formulario de quejas de discriminación

<b>Section I:</b>		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Casa):	Teléfono (trabajo):	
dirección de correo electrónico		
Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra Grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
<b>Section II:</b>		
¿Está presentando esta compaint en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> No
* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.		
De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja.		
por favor explique por qué ha solicitado un tercero?		
Confirme que obtuvo el permiso de la parte perjudicada si está presentando una demanda en nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Section III:</b>		
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad		
Fecha de la discriminación alegada (Mes , día, año ): _____		
Explique lo más posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describe a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si lo conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice la parte de atrás de este formulario.		
_____		
_____		
_____		
<b>Section VI:</b>		
¿Ha presentado previamente una lista de discriminación con esta agencia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.

**Section V:**

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?

Si             No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: \_\_\_\_\_

Courte Federal: \_\_\_\_\_  Agencia del estado: \_\_\_\_\_

Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_  Agencia Local: \_\_\_\_\_

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

**Section VI:**

Nombre de la agencia querrela presentada contra:

La queja del nombre de la persona es contra:

Título:

Ubicación:

Número de teléfono (si está disponible):

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo. Su firma y fecha son requeridas a continuación

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que se encuentra a continuación, o envíe este formulario por correo a:

**ASSIST! to Independence**

**4133 East Cedar Ave.**

**TubaCity, AZ 86045**

**928.283.6261**

**etohonnie@assistti.org**

Se puede encontrar una copia de este formulario en línea en [www.assistti.org](http://www.assistti.org)