

ESTE TENNESSE HUMANO RECURSO AGENCIA, C^a.
Título VI

Nota: El siguiente información es solicitado a ayuda en tratamiento su queja. Si tú necesidad ayuda en Completando este formulario por favor solicite ayuda.

Querellante Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

Persona discriminado contra (si alguien otro que el querellante).

Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

Cual departamento de este agencia hacer tú creer discriminado contra ¿tú?

Nombre de departamento: _____

Cual del siguiendo lo mejor describe el razón por la que crees el discriminación ¿ Tuvo lugar?

Raza: ☐ Color: ☐ Origen nacional: ☐ Otro: ☐

En el espacio abajo por favor describir el presunto discriminación. Explicar qué sucedió, OMS tú cree que fue responsable y la fecha de la supuesta discriminación.

Por favor firmar abajo. Tú puede adjuntar cualquier adicional información tú pensar es importante a su queja.

Firma del denunciante

Fecha

Entregar terminado forma a SBady@ethra.org, o fax a atención de S. Hockey con pelota en (865)531-7216, o correo a S. Bandy en 9111 Cross Park Drive, Suite D-100, Knoxville, TN 37923