



DONALD R. GREBIEN  
MAYOR



TITULO VI/GARANTÍA DE NO DISCRIMINACIÓN  
FORMULARIO DE QUEJA

Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, debe ser excluida de participar en, negársele beneficios, o ser sometida a discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal.  
42 U.S.C. § 2000d

**Reclamante:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

No. Telefónico: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

**Persona(s) discriminada(s), si es diferente a la nombrada arriba:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

No. Telefónico: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

**Por favor describa su relación con esta(s) persona(s).**

\_\_\_\_\_

**Agencia, institución, u organización que discriminó:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Individuo, si es conocido: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

No. Telefónico: \_\_\_\_\_

¿Es su queja relacionada con la discriminación en la prestación de servicios u otras acciones discriminatorias de la agencia, institución u organización? Si es así, por favor indique la(s) base(s) en que piense que las acciones discriminatorias tuvieron lugar:

\_\_\_ Raza/Color: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Origen Nacional: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Discapacidad: \_\_\_\_\_

Si tiene un abogado representándolo (a) en lo concerniente a esta queja, por favor proporcione lo siguiente:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

No. Telefónico: \_\_\_\_\_

Haciendo acopio a su memoria, ¿en qué fecha ocurrió la discriminación alegada?

Fecha más temprana de la discriminación: \_\_\_\_\_

Fecha más reciente de la discriminación: \_\_\_\_\_

Por favor explique lo más claro posible lo sucedido, por que cree que sucedió, y como fue que fue discriminado (a). Indique quien estuvo involucrado. Asegúrese de incluir como fue que otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Por favor use hojas adicionales si es necesario.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Si cree que se han tomado represalias contra usted por quejarse de discriminación o colaborar en una investigación sobre una supuesta discriminación, por favor explique las circunstancias a continuación. Asegúrese de explicar las acciones que ocurrieron que, a su juicio son la base de las supuestas represalias.

---

---

---

---

Por favor enumere a continuación las personas (testigos, compañeros(as) de trabajo, supervisores(as), u otros(as)), si son conocidos(as), a quienes el RIDOT puede contactar para solicitar información adicional para apoyar o clarificar su queja.

---

---

---

---

Por favor provea cualquier otra información que a su juicio está relacionada con su queja de discriminación.

---

---

---

---

¿Qué resolución está buscando para la discriminación alegada?

---

---

---

Por favor firme y feche la queja a continuación. (Por favor note que el RIDOT no puede procesar la queja si el formulario no está firmado.)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha