

**TÍTULO VI Y ESTATUTOS RELACIONADOS
QUEJA DE DISCRIMINACIÓN**

Su Información de Contacto

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono de trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Queja de Discriminación

Nombre de la Agencia o Persona que usted cree que ha discriminado contra usted:

Fecha del supuesto incidente(s):

Usted piensa que ha sido discriminado por causa de (seleccione todas las respuestas que correspondan):

_____ **Raza**

_____ **Represalias**

_____ **Sexo**

_____ **Estado Familiar**

_____ **Religión**

_____ **Color**

_____ **Origen Nacional (idioma)**

_____ **Edad**

_____ **Discapacidad**

_____ **Otro**

Explique lo más breve y claramente posible lo que pasó y como usted piensa que ha sido discriminado. Indique quien fue implicado, incluya testigos. Asegúrese de incluir como otras personas fueron tratados diferentemente que usted, si es aplicable. Además, incluya cualquier documento escrito relacionado al incidente.

¿Ha presentado esta queja a otra agencia federal, estatal o local, o a un tribunal federal o estatal? _____ **Sí** _____ **No**

En caso afirmativo, ¿cuál? _____ **Tribunal Federal** _____ **Tribunal Estatal**
_____ **Agencia Federal** _____ **Agencia Estatal** _____ **Agencia Local**

Firma: _____ **Fecha:** _____