



**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