

Formulario de Queja por Discriminación

| | | | |
|---|--------------|---------------------|----------------|
| Sección Uno | | | |
| Nombre: | | | |
| Habla a: | | | |
| Teléfono (Casa): | | Teléfono (Trabajo): | |
| Dirección de correo electrónico: | | | |
| ¿Se requiere format accesible? | Letra Grande | | Cinta de audio |
| | TDD | | Otro |
| Sección Dos | | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | | Si* | No |
| *Si respondió "si" a esta pregunta, vaya a la Sección Tres. | | | |
| De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la cual se está quejando: | | | |
| Explique por qué ha presentado una solicitud para una tercero: | | | |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si está presentando una solicitud en nombre de un tercero. | | Yes | No |
| Sección Tres | | | |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda): | | | |
| <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Orientación sexual <input type="checkbox"/> Identidad de género <input type="checkbox"/> Estatus de veteran <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés <input type="checkbox"/> De bajos ingresos <input type="checkbox"/> Otra (Explique) | | | |
| Fecha de presunta discriminación (mes, día, año): _____ | | | |
| Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todos las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverse de esta formulario. | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| Sección Cuatro | | | |
| ¿Ha presentado previamente una queja de Título Seis ante esta agencia? | | Si | No |



| | |
|---|---|
| Sección Cinco | |
| ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? | |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: | |
| <input type="checkbox"/> Agencia federal: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Corte federal: _____ | <input type="checkbox"/> Agencia del estado _____ |
| <input type="checkbox"/> Tribunal estatal _____ | <input type="checkbox"/> Agencia local _____ |
| Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja. | |
| Nombre: | |
| Título: | |
| Agencia: | |
| Habla a: | |
| Teléfono: | |
| Sección Seis | |
| El nombre de la queja de la agencia es contra: | |
| Persona de contacto: | |
| Título: | |
| Teléfono: | |

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Firme y feche el formulario de queja a continuación. No podemos aceptar una queja sin firmar.

Firma del demandante

Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que figura a continuación o envíe este formulario por correo a:

Joanna Shake
Executive Director
300 GRADD Way
Owensboro, KY 42301