



**6. Creo que la discriminación que experimenté se basó en** (marque todo lo que corresponda)

Problema de accesibilidad     discriminación basada en la discapacidad     Otro

**7. Fecha de presunta discriminación** (mes, día, año):

**8. ¿Dónde ocurrió la presunta discriminación?**

**9. Explica con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué crees que eras discriminado.** *Describe a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluye el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si lo sabe). Use el reverso de este formulario o páginas separadas si se requiere espacio adicional.*

**10. Indique los nombres y números de teléfono / información de contacto de todos los testigos.** Use el reverso de este formulario o páginas separadas si se requiere espacio adicional.

**11. ¿Qué tipo de acción correctiva le gustaría ver tomada?**

**12. ¿Ha presentado una queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier tribunal federal o estatal?**  Si, marque todo lo que corresponda.     No

Agencia Federal (nombre de la agencia de listas)     Agencia local (especificar agencia)

Tribunal Federal (indique la ubicación)

Tribunal Estatal

Agencia Estatal (especificar agencia)

Tribunal del condado (Especifique el tribunal y el condado)

**13. Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde**

<b>queja fue archivada.</b>		
Nombre:	Titulo:	
Agencia:	Telefono: (    )	
Direccion		
Ciudad:	Estado:	Codigo postal:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo..

Firma y fecha es requerida:

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

Si completó las preguntas 3, 4 y 5, se requiere su firma y fecha

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha