

# Formulario de Queja por Discriminacion

<b>Sección I:</b>		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):
Direccion de correo electronico:		
Formato accesible Requisitos?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
<b>Sección II:</b>		
¿Está presentando esta queja por su cuenta? ¿favor?		<input type="checkbox"/> Sí * <input type="checkbox"/> No
<i>* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la <b>Sección III</b> .</i>		
Si no, proporcione el nombre y relación de la persona por la que se queja.		
Por favor explique por qué ha solicitado por una tercera persona:		
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando una demanda en nombre de una tercera persona.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Sección III:</b>		
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (verificar todo lo que se aplique):		
<input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad		
Fecha de presunta discriminación (mes, día, año): _____		
Explique lo mas claramente posible sucedio y por que cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si lo sabe) ademas de los nombres y la información de contacto de cual quier testigo. Si necesita mas espacio, por favor use la parte posterior de esta pagina.		
<b>Sección VI:</b>		
¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación con esta agencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja previa.		
<b>Sección V:</b>		

<p>¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con ante cualquier tribunal Federal o estatal?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, verifique todo eso aplicar:</p> <p><input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Corte Federal: _____ <input type="checkbox"/> Agencia del Estado: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tribunal Estatal : _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local: _____</p>
<p>Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presento la queja.</p>
<p>Nombre:</p>
<p>Título:</p>
<p>Agencia:</p>
<p>Dirección:</p>
<p>Teléfono:</p>
<p><b>Sección VI:</b></p>
<p>El nombre de la queja de la agencia es en contra:</p>
<p>El nombre de la persona que queja es en contra:</p>
<p>Título:</p>
<p>Ubicación:</p>
<p>Número de teléfono (si esta disponible):</p>

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Su firma y fecha son requeridas abajo

Firma                      Fecha

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

Beacon Group, Wendy Rosado-Toth  
308 W. Glenn Street, Tucson, Arizona 85705  
(520) 622-4874, ext. 130

wtoth@beacongroun.org Se puede encontrar una copia de este formulario en línea en  
www.beacongroun.org