

Condado de Columbia
Formulario de denuncia por discriminación

| | | | | |
|---|--------------|--|---------------------|----|
| Sección I: | | | | |
| nombre: | | | | |
| dirección: | | | | |
| Teléfono (Inicio): | | | Teléfono (Trabajo): | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | |
| ¿Requisitos de formato accesible? | Letra grande | | Cinta de audio | |
| | Tdd | | Otro | |
| Sección II: | | | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | | | Sí* | No |
| *Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III. | | | | |
| Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja: | | | | |
| Por favor, explique por qué ha presentado una solicitud para un tercero: | | | | |
| | | | | |
| Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero. | | | Sí | No |
| Sección III: | | | | |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (compruebe todo lo que se aplica): | | | | |
| [] Raza [] Color [] Origen Nacional | | | | |
| [] Otros (explicar) _____ | | | | |
| Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____ | | | | |
| Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué 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 se conoce), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Sección IV | | | | |
| ¿Ha presentado previamente una queja del Título VI o ADA ante esta agencia? | | | Sí | No |