|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rio al Mar Organización de Planificación Transporte  **Titulo VI / Programa Antidiscriminatorio**  **Querella de Discriminación** | | |
| Nombre del querellante: | | Dirección: |
| Número de teléfono: | |
| Dirección de correo electrónico: |
| Nombre, dirección, teléfono y relación (ej. amigo, abogado, pariente, etc.) del Representante del querellante: | | |
| Nombre y dirección de la Agencia, Institución, o Departamento que usted alega discrimino en su contra: | | |
| Nombre(s) del Individuo(s) Quien(es) Usted Allega Discrimino Contra Usted Si lo(s) Conoce: | | |
| Razón de la discriminación: |  Raza  Color  Origen Nacional   Incapacidad/Impedimento Físico  Edad   Sexo  Represalia  Status de Ingreso   Otro | Fecha de la alegada discriminación: |
| Favor de indicar el nombre (s) y número(s) de teléfono(s) de alguna persona(s) que el Volusia Organización de Planificación Transporte puede comunicarse para información adicional que clarifique o respalde su alegación o alegaciones. | | |
| Favor de explicar tan claro como sea posible, **como**, **porque**, **cuando** y **donde** usted cree que fue discriminado. Incluya suficiente información acerca de los antecedentes según le sea posible, de los alegados actos de discrimen. Puede añadir paginas adicionales, si es necesario. | | |
| Firma del Querellante(s) o su Representante: | | Fecha: |